

Eficácia de um Programa de Estruturação de
Objetivos Ocupacionais na fase de Transição
para a Vida Adulta em Jovens com Perturbação
da Personalidade - Estudo de caso.

Andreia Isabel Oliveira Mendes

00/2017

Andreia Isabel Oliveira Mendes. Eficácia de um Programa de Estruturação de
Objetivos Ocupacionais na fase de Transição para a Vida Adulta em Jovens com
Perturbação da Personalidade - Estudo de caso.

Eficácia de um Programa de Estruturação de
Objetivos Ocupacionais na fase de Transição
para a Vida Adulta em Jovens com Perturbação
da Personalidade - Estudo de caso.

Andreia Isabel Oliveira Mendes

00/2017

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico do Porto

Andreia Isabel Oliveira Mendes

**Eficácia de um Programa de Estruturação de
Objetivos Ocupacionais na fase de Transição
para a Vida Adulta em Jovens com
Perturbação da Personalidade
- Estudo de caso.**

Dissertação submetida à Escola Superior de Saúde para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria João Ribeiro Fernandes Trigueiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, da área Técnico Científica de Terapia Ocupacional e Terapeuta Ocupacional Mestre Tânia Raquel Soares Barbosa, docente convidada da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, área Técnico Científica de Terapia Ocupacional, e Terapeuta Ocupacional da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João.

Fevereiro de 2018

Agradecimentos

Este trabalho foi possível graças à ajuda de muitas pessoas que ao longo destes dois anos auxiliaram o meu processo de crescimento pessoal e académico. Desta forma, não podia deixar de manifestar o meu profundo agradecimento:

Às minhas orientadoras, Prof. Doutora Maria João Ribeiro Fernandes Trigueiro pelo seu saber, método e rigor científico bem como apoio, incentivo, conselhos e prontidão; e Prof. Mestre Tânia Raquel Soares Barbosa pela partilha do seu conhecimento, disponibilidade, momentos de reflexão e dedicação tal como pela minha integração na equipa multidisciplinar da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João.

Ao Dr. Roma Torres, Diretor da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, por autorizar a concretização deste estudo.

À Dra. Isabel Brandão, coordenadora da Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família por aceitar a minha presença na equipa multidisciplinar e pela sua partilha generosa de conhecimentos.

A todos os elementos da equipa técnica da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João pela interajuda sempre que requisitada.

Ao meu patronato - Centro Social e Paroquial de Souto – e colegas de trabalho que para além de todo o apoio facilitaram e ajustaram as atividades consoante as minhas necessidades por forma a conseguir realizar este estudo.

À Terapeuta Ocupacional Rita Reis que abdicou do seu tempo para me ajudar no processo de tradução do “Youth Kit”.

A todos os colegas que comigo iniciaram este mestrado, pelo apoio e partilha de conhecimentos.

A todos os terapeutas ocupacionais que me têm acompanhado durante o meu processo de formação educacional e profissional que me apoiaram, ajudaram e permitiram vários momentos de reflexão, em especial as colegas e amigas Renata Rodrigues e Ana Fraga Cardoso.

E por último, mas sempre em primeiro, aos meus amigos, família e namorado pela força, afeto, paciência e por estarem sempre lá apesar dos meus momentos de ausência.

O meu muito obrigada a todos.

Resumo

A Perturbação da Personalidade (PP) é um tipo de doença mental que afeta todas as áreas de vida da pessoa, como, por exemplo, família, comunidade, trabalho, educação, relacionamentos, lazer e sono. O seu diagnóstico é realizado num período crítico, a fase de transição da adolescência para a vida adulta, que se caracteriza por múltiplas mudanças ao nível dos papéis de vida desempenhados, sendo este facto foco de preocupação e de necessidade de intervenção. Assim, é fundamental que se identifiquem programas de atuação com esta população que respondam às necessidades detetadas.

Atendendo a estas necessidades e às características da PP, o grupo de investigação criou para este estudo, os seguintes objetivos: (1) Verificar se existem alterações ao nível da participação de jovens com PP, nomeadamente, através de um maior envolvimento em atividades e ocupações e um maior grau de funcionalidade, quando utilizado um programa baseado no “Kit para Jovens”, um instrumento criado por terapeutas ocupacionais no sentido de orientar os jovens com incapacidades a organizar todos os processos relativos a esta fase de transição, no seu processo de intervenção; (2) Verificar se existe uma relação ao nível do envolvimento em atividades e ocupações com a perceção de qualidade de vida, perceção de suporte social e a ansiedade e evitamento em situações de desempenho e interação social em jovens com PP e (3) Verificar a perceção de jovens com PP para a adequabilidade do programa baseado no “Kit para Jovens” como processo de intervenção.

Trata-se de um Estudo de Caso com desenho A-B-A. A amostra foi constituída por seis indivíduos com PP que, na altura do estudo, estavam a frequentar a Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família (UPJF) da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João (CPSM-CHSJ). Os participantes foram sujeitos a uma intervenção individual com base no “Kit para Jovens”, durante seis meses. A recolha de dados foi realizada em três distintos momentos (pré-teste, *ongoing* e pós-teste). Nos momentos pré e pós-teste foram utilizados instrumentos de natureza quantitativa (Questionário Sociodemográfico, WHODAS II, SF-36V2, WHOQOL-BREF, ESSS e EAESDIS). A avaliação *ongoing* consistiu na observação qualitativa dos comportamentos apresentados durante as sessões, registando os valores na Grelhas de Observação de Comportamentos. No final, foi ainda aplicado um questionário em forma de entrevista, para avaliação da satisfação com o programa de intervenção.

Da análise de dados é possível referir que o programa baseado no “Kit para Jovens” aumentou a funcionalidade e a participação em atividades e/ou ocupações em todos os

participantes que concluíram este programa de intervenção. Verificou-se, igualmente, um aumento da qualidade de vida e da perceção de suporte social, bem como uma diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social.

Concluindo, os resultados obtidos parecem suportar a viabilidade e eficácia do programa baseado no “Kit para Jovens” para esta amostra, todavia, destaca-se a necessidade de novas pesquisas que confirmem a aplicabilidade desta intervenção na população com PP, durante a transição da adolescência para a vida adulta.

Palavras-chave: perturbação da personalidade; funcionalidade; “Kit para Jovens”; intervenção.

Abstract

Personality Disorder (PD) is a type of a mental illness that affects all aspects of a person's life, for example, family, community, work, education, relationships, recreation and sleep. Its diagnostic is carried out in a critical period, during the transition from adolescence to adult life, which can be characterized by multiple changes in the roles of life played, being this the focus of concern and need for intervention. Thus, it is fundamental to identify programs of action that can respond to the detected needs of the population.

Therefore, attending to the needs and characteristics of PD, the investigation group created this study, with the following purposes: (1) To verify if there are changes in the participation of young people with PD, namely, through a greater engagement in activities and occupations and a greater degree of functionality, when using a program based on the "Youth Kit", an instrument created by occupational therapists in order to guide young people with incapacity to organize every processes related to this transition phase, in their intervention process; (2) To verify if there is a connection between the level of the engagement in activities and occupations with the perception of quality of life, perception of social support and the anxiety and avoidance in situations of performance and social interactions in young people with PD; (3) To verify the perception in young people with PD for their suitability to the program based on the "Youth Kit" as a process of intervention.

It is a case study with a A-B-A design. The sample was constituted by six individuals with PD that, at the time of the study, were frequenting the Youth and Family Psychiatry Unit of the Clinic of Psychiatry and Mental Health of the Hospital Center of São João. The participants were subjected to an individual intervention based on the "Youth Kit", for a period of six months. The data collection was made in three separate moments (pre-test, ongoing and post-test). In the pre-test and post-test moments, quantitative instruments were used, and applied in a single moment (Socio-demographic questionnaire, WHODAS II, SF-36V2, WHOQOL-BREF, ESSS and SIPAAS). The ongoing evaluation constituted in the quantitative observation of the behaviours presented during the sessions, registering the values in the Behaviour Observation Grids. In the end, a questionnaire was also applied in the form of an interview, for evaluation of the satisfaction of the intervention program.

From the data analysis it is possible to refer that the program based on the "Youth Kit" increased functionality and participation in activities and/or occupations in all the participants who completed the intervention program. There was also an increase in the

quality of life and perception of social support as well as a decrease in anxiety and avoidance of situations of performance and social interaction.

Concluding, the obtained results appear to support the viability and effectiveness of the program based on the “Youth Kit” for this sample, however, this highlights the necessity of new researches that are able to confirm the applicability of this intervention in the population with PD, during the transition from adolescence to adult life.

Key Words: personality disorder; functionality; “Young Kit”; intervention

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Índice.....	vii
Índice de Abreviaturas.....	ix
Índice de Tabelas.....	x
Índice de Figuras.....	xii
Introdução.....	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico.....	4
1.1 Saúde Mental.....	4
1.2 Perturbação da Personalidade.....	4
1.3 Kit para Jovens.....	19
Capítulo II: Metodologia.....	23
2.1 Amostra.....	23
2.2 Instrumentos.....	24
2.3 Procedimentos.....	34
2.3.1 Autorizações.....	34
2.3.2 Processo de Intervenção.....	35
2.3.2.1 Programa de Intervenção.....	35
2.3.3 Tratamento de Dados.....	38
Capítulo III: Resultados.....	39
1. Participante 1.....	39
1.1 Dados de Informação Geral do Participante 1.....	39
1.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 1.....	42
1.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 1.....	44
2. Participante 2.....	47
2.1 Dados de Informação Geral do Participante 2.....	47
2.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 2.....	49
2.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 2.....	52
2.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 2.....	54
3. Participante 3.....	56
3.1 Dados de Informação Geral do Participante 3.....	56
3.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 3.....	58
3.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 3.....	60
4. Participante 4.....	63
4.1 Dados de Informação Geral do Participante 4.....	63
4.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 4.....	65
4.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 4.....	67
4.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 4.....	70
5. Participante 5.....	71
5.1 Dados de Informação Geral do Participante 5.....	71
5.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 5.....	73
5.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 5.....	75
5.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 5.....	78
6. Participante 6.....	79

6.1 Dados de Informação Geral do Participante 6	79
6.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 6	81
6.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 6	83
Capítulo IV: Discussão	83
Capítulo V: Conclusões.....	111
Bibliografia	116

Índice de Abreviaturas

PP	Perturbação da Personalidade
TO	Terapia Ocupacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
5-HT	Neurotransmissor Serotonina
5-HTTLPR	Gene transportador de serotonina
MAO A	Monoamina Oxidase A
SSRIs	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
TCC	Terapias Cognitiva-Comportamentais
MOH	Modelo de Ocupação Humana
UPJF	Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família
CPSM-CHSJ	Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João
ARA	Atividades Reabilitativas em Ambulatório
WHODAS II	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>
SF-36V2	Questionário de Estado de Saúde
FF	Função Física (Domínio do questionário SF-36V2)
DF	Desempenho Físico (Domínio do questionário SF-36V2)
DE	Desempenho Emocional (Domínio do questionário SF-36V2)
DC	Dor Corporal (Domínio do questionário SF-36V2)
SG	Saúde Geral (Domínio do questionário SF-36V2)
VT	Vitalidade (Domínio do questionário SF-36V2)
FS	Função Social (Domínio do questionário SF-36V2)
SM	Saúde Mental (Domínio do questionário SF-36V2)
MS	Mudança na Saúde (Domínio do questionário SF-36V2)
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality Of Life</i>
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
EAESDIS	Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVDIs	Atividades de Vida Diária Instrumental
CEFPI	Centro de Educação e Formação Profissional Integrada
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>

Índice de Tabelas

Tabela I: Características da amostra no início da intervenção.	24
Tabela II: Organização dos Instrumentos de Avaliação utilizados.	25
Tabela III: Componentes do SF-36V2 que avaliam a Saúde Física e Saúde Mental.	29
Tabela IV: Pontuação de cada item do SF-36V2.....	30
Tabela V: Resumo das sessões baseadas no "Kit para Jovens".	37
Tabela VI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.....	44
Tabela VII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.....	44
Tabela VIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.	45
Tabela IX: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.	45
Tabela X: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.	46
Tabela XI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.....	52
Tabela XII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.....	53
Tabela XIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.	53
Tabela XIV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.	54
Tabela XV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.....	54
Tabela XVI: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 2 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.....	54
Tabela XVII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.....	60
Tabela XVIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.....	61
Tabela XIX: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.	61
Tabela XX: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.	62
Tabela XXI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.....	62
Tabela XXII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.....	67
Tabela XXIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.....	68
Tabela XXIV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.	69

Tabela XXV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.	69
Tabela XXVI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.....	70
Tabela XXVII: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 4 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.....	70
Tabela XXVIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.	76
Tabela XXIX: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.....	76
Tabela XXX: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.	77
Tabela XXXI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.	77
Tabela XXXII: <i>Score</i> resultante da aplicação da EAESDIS ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.....	78
Tabela XXXIII: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 5 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.....	78
Tabela XXXIV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.	83
Tabela XXXV: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.....	83
Tabela XXXVI: <i>Scores</i> resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.	84
Tabela XXXVII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da ESSS ao participante 6 nos momentos pré e pós-teste.....	85
Tabela XXXVIII: <i>Scores</i> resultantes da aplicação da EAESDIS ao participante 6 nos momentos pré e pós-teste.	85

Índice de Figuras

Figura I: Assiduidade do Participante 1 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	39
Figura II: Criação dos Objetivos pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	40
Figura III: Cumprimento dos Trabalhos de Casa pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	41
Figura IV: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 1, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	41
Figura V: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 1 segundo as áreas de ocupação.	42
Figura VI: Atividades Extra realizadas pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	43
Figura VII: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 1 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" consoante a área de ocupação abordada. Erro! Marcador não definido.	
Figura VIII: Assiduidade do Participante 2 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	47
Figura IX: Criação dos Objetivos pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	47
Figura X: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	48
Figura XI: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 2, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	49
Figura XII: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 2 segundo as áreas de ocupação.	49
Figura XIII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	51
Figura XIV: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 2 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada. Erro! Marcador não definido.	
Figura XV: Assiduidade do Participante 3 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	56
Figura XVI: Criação dos Objetivos pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	56
Figura XVII: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	57
Figura XVIII: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 3, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	58
Figura XIX: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 3 segundo as áreas de ocupação.	58
Figura XX: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 3 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.	59
Figura XXI: Atividades Extra realizadas pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	59

Figura XXII: Assiduidade do Participante 4 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	63
Figura XXIII: Criação dos Objetivos pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	63
Figura XXIV: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	64
Figura XXV: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 4, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	64
Figura XXVI: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 4 segundo as áreas de ocupação.	65
Figura XXVII: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 4 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.	66
Figura XXVIII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	67
Figura XXIX: Assiduidade do Participante 5 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	71
Figura XXX: Criação dos Objetivos pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	71
Figura XXXI: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	72
Figura XXXII: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 5, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	73
Figura XXXIII: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 5 segundo as áreas de ocupação.	73
Figura XXXIV: Verificação dos Objetivos Elaborados pelo Participante 5 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.	74
Figura XXXV: Atividades Extra realizadas pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	75
Figura XXXVI: Assiduidade do Participante 6 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	79
Figura XXXVII: Criação dos Objetivos pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	79
Figura XXXVIII: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	80
Figura XXXIX: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 6, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	80
Figura XL: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 6 segundo as áreas de ocupação.	81
Figura XLI: Verificação dos Objetivos Elaborados pelo Participante 6 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.	81
Figura XLII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".	82

Introdução

A perturbação da personalidade (PP) é um distúrbio mental que tem representado um desafio terapêutico ao longo do tempo devido à sua complexidade, uma vez que os pacientes, por um lado, não aderem facilmente às intervenções e, por outro, são considerados egossintónicos, isto é, não se reconhecem como doentes (Pires, Pereira, Paiva, & Silva, 2017).

Estes são factos preocupantes uma vez que a PP está associada a uma taxa elevada de mortalidade prematura, abuso de substâncias, elevados problemas de saúde geral e dificuldades em áreas como o funcionamento social e interpessoal, educacional e profissional, nomeadamente, manutenção de um emprego e, consequentemente, dificuldades financeiras e um maior encargo para a família e para o setor público (Larivière, Desrosiers, Tousignant, & Boyer, 2010; McMurrin et al., 2016; Pridmore, 2010).

Tendo em conta o referido, é importante um enfoque no tratamento precoce de forma a melhorar o prognóstico (Adshead, Brodrick, Preston, & Deshpande, 2012; McMurrin et al., 2016). Uma vez que o diagnóstico é realizado na fase de transição para a vida adulta, é importante que a intervenção se foque neste período de desenvolvimento a fim de impedir o agravamento das consequências da psicopatologia (Zajac, Sheidow, & Davis, 2015). Assim, a intervenção deve-se focar no desenvolvimento de capacidades para aumentar a independência da pessoa com PP ao nível das suas ocupações significativas como a educação, gestão financeira, gestão da casa, trabalho (remunerado ou não) e parentalidade (Kielhofner, 2008). A intervenção baseada em ocupações significativas e na transição ocupacional aumenta a participação social, melhorando a qualidade de vida, a construção e manutenção da identidade bem como a promoção do sentido de pertença (Larivière, 2008).

Entre os vários profissionais com capacidade para intervir nestas áreas, a Terapia Ocupacional (TO) tem aqui um papel importante. A TO através de um processo de avaliação e intervenção considera a Pessoa, a Ocupação, o Ambiente e a interação complexa entre estes, por forma a facilitar a organização dos comportamentos ocupacionais (como as escolhas, manutenção e organização) para que se desenvolva ou se restaure o ciclo adaptativo. Este processo inclui a alteração da identidade ocupacional (aumentando, readaptando e eliminando ocupações), papéis, rotinas e hábitos (Kielhofner, 2008).

Um dos instrumentos criados por terapeutas ocupacionais no sentido de orientar os jovens com incapacidades a organizar todos os processos relativos à transição da adolescência para a idade adulta, interligado com as atividades e ocupações supostas nesta

transição, é o “Kit para Jovens” (Stewart, 2008). Desta forma, considerando que o diagnóstico de PP pode ser realizado nesta fase de transição da adolescência para a idade adulta, este instrumento pode ser uma mais valia na intervenção com a pessoa com PP (Tan, Liu, & Wu, 2016).

Atendendo ainda ao facto de que o plano de ação na Saúde Mental para 2013-2020, criado pela OMS, inclui o aumento de evidência científica na prática clínica, é importante que se façam estudos que permitam verificar a eficácia das intervenções utilizadas com as pessoas com PP (Saxena & Setoya 2014). Assim, o grupo de investigação criou os seguintes objetivos:

- 1) Verificar se existem alterações ao nível da participação de jovens com PP, nomeadamente, através de um maior envolvimento em atividades e ocupações e um maior grau de funcionalidade, quando utilizado um programa baseado no “Kit para Jovens” no seu processo de intervenção;
- 2) Verificar se existe uma relação ao nível do envolvimento em atividades e ocupações com a perceção de qualidade de vida, perceção de suporte social e a ansiedade e evitamento em situações de desempenho e interação social em jovens com PP;
- 3) Verificar a perceção de jovens com PP para a adequabilidade do programa baseado no “Kit para Jovens” como processo de intervenção;

3.1) Obter informação acerca da satisfação dos participantes com o programa baseado no “Kit para Jovens”, designadamente em relação à duração do programa, frequência das sessões, pertinência e perceção dos temas abordados, no que diz respeito à formulação e cumprimento de objetivos.

De forma a facilitar a resposta a estes objetivos formularam-se, ainda, as seguintes hipóteses:

- 1.1. A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do grau de funcionalidade por parte de jovens com PP;
- 1.2. A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações por parte de jovens com PP;
- 2.1. O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens”, melhora a perceção de qualidade de vida de jovens com PP;

2.2.O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” melhora a percepção de suporte social de jovens com PP;

2.3.O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” ajuda na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social de jovens com PP.

De forma a responder aos objetivos e hipóteses traçadas, o presente trabalho foi estruturado em seis capítulos, sendo o primeiro e presente capítulo constituído pela introdução, onde se dá uma perspetiva geral do problema a ser tratado, se identificam as lacunas e se propõe a abordagem a seguir; o segundo capítulo é constituído pelo enquadramento teórico, onde se faz um levantamento do estado da arte sobre o tema em estudo, tentando justificar, à luz do conhecimento atual, a pertinência do desenvolvimento do raciocínio que esteve por trás do planeamento do trabalho e das escolhas feitas em termos de métodos a utilizar; o terceiro capítulo aborda a metodologia, em que se explana o método de estudo escolhido, se caracteriza a amostra e se descrevem os instrumentos e procedimentos utilizados; o quarto capítulo inclui os resultados adquiridos com a investigação; o quinto capítulo retrata a discussão dos resultados, onde se procura dar resposta aos objetivos, verificar as hipóteses propostas e fundamentar as conclusões extraídas dos resultados, articulando com a literatura da especialidade disponível e já explorada; por fim, o sexto capítulo abarca a conclusão, em que são apresentadas as considerações finais desta investigação.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1.1 Saúde Mental

Existem várias definições sobre o conceito de Saúde Mental, sendo que todos os autores concordam que este não pode ser, simplesmente, definido como um estado de ausência de doença mental (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde Mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo apresenta competências que o ajudam a lidar com o stress decorrente de eventos de vida, trabalhar de forma produtiva e eficaz e contribuir para a sociedade, sendo esta uma das versões mais consensuais (OMS, 2004). No entanto, esta definição coloca o bem-estar no centro da saúde mental, excluindo a vida plena do ser humano em que este, naturalmente, passa por sentimentos negativos, como, por exemplo, o medo e a tristeza, não sendo isto sinónimo de menor saúde mental. Por outro lado, a definição apenas inclui a pessoa produtiva, descurando as pessoas que, por exemplo, pela sua idade ou presença de uma incapacidade física, não o possam fazer, e que, por isso, não significa que apresentem ausência ou diminuição da sua saúde mental. Desta forma, importa também perceber se a pessoa está exposta a privação ocupacional, isto é, um estado prolongado de exclusão do envolvimento em ocupações, necessárias e/ou significativas, devido a fatores externos ao controlo do indivíduo (A. A. Wilcock, 1998), como por exemplo, uma condição cultural (valores e regras impostos pela cultura a que pertence) ou contextual (por exemplo, emigrantes e minorias que experienciam rejeição e discriminação). Assim, deve-se manter uma flexibilidade relativamente à definição da OMS, devendo-se ter em atenção a pessoa como um ser individual, sendo importante a execução de estudos que possam levar à identificação de elementos universais de saúde mental (Galderisi et al., 2015).

Atualmente, estão a ser desenvolvidos estudos epidemiológicos sobre saúde mental em vários países com base num mesmo instrumento de diagnóstico, o *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI (R. C. Kessler et al., 2005), que permite a comparação de dados entre países de diferentes níveis de desenvolvimento. De salientar que há evidência, em todos os países, de uma prevalência elevada de doenças mentais e percentagens elevadas de pessoas com doença mental sem acesso a qualquer tipo de tratamento (R. C. Kessler et al., 2005). Mais ainda, estes estudos demonstraram que a maior parte das doenças mentais se manifestam, geralmente, antes dos 24 anos de idade, estimando-se que 1 em cada 5 jovens apresentem perturbações mentais, o que representa

elevados custos para os indivíduos e suas famílias, bem como para os setores da saúde, educação, justiça e segurança social (R. C. Kessler et al., 2005).

No que concerne aos dados do estudo epidemiológico realizado em Portugal (Almeida et al., 2013), é de referir que a prevalência de perturbações psiquiátricas é de 22,9%, nos 12 meses anteriores ao estudo, correspondendo a mais de 1 a cada 5 indivíduos da amostra. Isto significa que Portugal segue um padrão muito diferente comparando com os outros países do Sul da Europa tendo, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas deste continente. Dos casos registados com perturbação psiquiátrica é de referir que o seu grau de gravidade é distribuído por 31% de perturbações consideradas de gravidade ligeira, 50.6% gravidade moderada e 17.5% gravidade elevada (Almeida et al., 2013).

Em relação à prevalência estimada da ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida, os seus valores rondam os 42.7%, 19.9% no caso de duas perturbações e 8.9% em situação de três ou mais perturbações, no caso de Portugal (Almeida et al., 2013). Assim, o resultado correspondente à estimativa de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida, em Portugal, é ultrapassado pelos Estados Unidos da América (47.4%) (Almeida et al., 2013). Este é um valor muito elevado em comparação com os países da Europa Ocidental como Espanha (19.4%) e Itália (18.1%) (Almeida et al., 2013). De realçar que os dados indicam que existem diferenças significativas da estimativa de prevalência de uma doença mental com a variável idade. A percentagem mais prevalente é no escalão mais jovem (18-34 anos), no qual o valor de prevalência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica é de 50.1% (Almeida et al., 2013). Mais ainda se acrescenta que apesar dos números elevados apresentados, no caso de Portugal, menos de metade dos casos de pessoas com doença mental inicia os tratamentos no primeiro ano após o início da doença (Almeida et al., 2013).

Tendo em conta os resultados acima descritos, é emergente criar políticas governamentais e programas de saúde mental, que levem à sua promoção bem como à prevenção, tratamento e recuperação da doença mental (Saxena & Setoya 2014).

1.2 Perturbação da Personalidade

A Perturbação da Personalidade (PP) é uma das categorias das Doenças Mentais que se caracteriza por um padrão persistente de experiências internas (maneira de pensar e sentir) e comportamentos que se desviam, acentuadamente, das expectativas da cultura do indivíduo (American Psychiatric, 2013; Parekh, 2016). Os traços da personalidade permitem a

realização do diagnóstico sendo visível através de pelo menos duas das seguintes áreas: Maneira de pensar sobre si mesmo e os outros; Maneira de responder emocionalmente; Maneira de se relacionar com as outras pessoas; e Maneira de controlar o comportamento (Parekh, 2016) .

Este conceito de PP atual, começou a tomar forma em 1923 pelo investigador Kurt Schneider (Schneider, 1923), que definiu nove tipos de personalidade na sua experiência clínica, sendo que estes, na sua generalidade, persistiram numa forma ligeiramente diferente em todas as classificações subsequentes (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

Atualmente, segundo o DSM-5, podemos listar a PP em 10 subgrupos divididos em 3 grupos distintos A, B e C, com base nas suas semelhanças descritivas (Sjonnese, Bulloch, Williams, Lavorato, & B. Patten, 2016).

Do Grupo A fazem parte as PP Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica. Indivíduos com estas perturbações são considerados como esquisitos, bizarros ou excêntricos. A PP Paranoide é caracterizada por um padrão de desconfiança e de suspeita, de tal forma, que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas. A PP Esquizoide refere-se a um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional. Por sua vez, a PP Esquizotípica, possui um padrão de grande desconforto nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e comportamentos excêntricos (Sjonnese et al., 2016).

O Grupo B inclui a PP Antissocial, *Borderline*, Histriônica e Narcisista. As pessoas com estas perturbações parecem dramáticas, emotivas ou inconstantes. A PP Antissocial é definida por um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros. A PP *Borderline* é apresenta um padrão de constante instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada. A PP Histriônica consiste num padrão de busca exagerada de atenção. A PP Narcisista comporta um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia (Sjonnese et al., 2016).

O Grupo C, por sua vez, inclui a PP Evitante, Dependente e Obsessivo-Compulsiva. Os indivíduos que apresentam estas perturbações com frequência parecem ansiosos ou medrosos. A PP Evitante abrange um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. A PP Dependente compreende um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado com uma necessidade excessiva de ser cuidado. Por último, a PP Obsessivo-Compulsiva caracteriza-se por um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controlo (Sjonnese et al., 2016).

De referir que este agrupamento da PP por grupos é muito útil para pesquisas e situações educacionais, no entanto, apresenta várias limitações e não foi consistentemente validado (Sjonnese et al., 2016; Tyrer et al., 2015). Por outro lado, é frequente os indivíduos apresentarem, concomitantemente, PP de diferentes grupos (Sjonnese et al., 2016). Um facto importante é que cerca de 30-50% dos doentes psiquiátricos possuem pelo menos um tipo de PP (Jylhä et al., 2013). Esta psicopatologia é uma fonte de morbilidade apresentando um maior comprometimento que a depressão (Skodol et al., 2005).

De acordo com os estudos epidemiológicos, realizados em comunidades de diferentes países, com representantes dos cinco continentes, que excluem os dados de Portugal, esta perturbação apresenta uma prevalência que varia entre 6.1% e 13.4%, sendo que o subtipo da PP mais comum varia de país para país (Sansone & Sansone, 2011). Esta variância pode ser justificada, primeiro, pela existência de diferenças metodológicas na realização dos estudos (uso de diferentes medidas, populações comunitárias variáveis e diferentes entrevistadores clínicos) e pelas diferenças culturais no reconhecimento e deteção da PP, isto é, no diagnóstico (Sansone & Sansone, 2011). Por outro lado, deve também ser tida em conta a cultura dos indivíduos (Gawda & Czubak, 2017). A cultura a que se pertence pode causar múltiplas influências sobre a PP e na personalidade: especificamente, é referido por alguns autores (Gawda & Czubak, 2017) que as sociedades tradicionais são mais propensas a conquistar a dependência para garantir a coesão, enquanto que as sociedades ocidentais tendem a reforçar o narcisismo e desencorajar a dependência. Também são referidos os eventos atuais que podem influenciar a prevalência desta psicopatologia, tais como, os países que estão a ser devastados pela guerra, sendo que este evento pode criar o aumento de personalidade antissocial, que pode permitir uma vantagem de sobrevivência distinta. Uma outra explicação pode, ainda, ser a possibilidade de agrupamentos genéticos geográficos (Gawda & Czubak, 2017). As variantes genéticas que medeiam o risco de PP permanecem em grande parte desconhecidas, no entanto, os genes que regulam os neurotransmissores como a serotonina, dopamina, norepinefrina e aminas que desempenham funções importantes na regulação do humor, depressão, agressividade, impulsividade, falta de empatia entre outros subdomínios da sintomatologia da PP são possíveis candidatos (Ma, Fan, Shen, & Wang, 2016). No momento atual, geneticamente, os grupos A e B tendem a ser associados ao sistema de genes 5-HT (neurotransmissor de serotonina) e, por sua vez, o grupo C é mais ligado ao sistema Dopaminérgico (Ma et al., 2016). Nomeadamente, sabe-se que existe uma associação entre o Grupo A e o genótipo S ou SS da região polimórfica ligada ao gene recaptador de serotonina (5-HTTLPR). A associação sugere que a presença

do genótipo S ou SS pode minimizar a expressão dos sintomas deste grupo, uma vez que promove o aumento da serotonina no espaço extracelular (Golimbet et al., 2003). No grupo B, verifica-se uma possível relação entre a disfunção da serotonina e o comportamento suicida nas pessoas com PP *Borderline*, devido aos polimorfismos do Triptofano Hidroxilase (TPH) que é responsável pela síntese deste neurotransmissor (Amad, Ramoz, Thomas, Jardri, & Gorwood, 2014). Também em pessoas com esta psicopatologia verifica-se, em comparação com pessoas saudáveis, um número variável de repetições sucessivas da Monoamina Oxidase A (MAOA - enzima que degrada a serotonina, após a recaptação da fenda sináptica) (Ni et al., 2007). Também existe uma relação significativa entre o genótipo S da região polimórfica ligada ao gene 5-HTTLPR (genótipo de baixa atividade) e o número variável de repetições sucessivas da MAOA com os traços antissociais (Ficks & Waldman, 2014). Por sua vez, para o grupo C, são encontradas associações entre polimorfismos dos recetores dopaminérgicos D3 e D4 e o aumento da sintomatologia da PP obsessiva-compulsiva e PP Evitante (Joyce et al., 2003).

No que se refere à prevalência estimada dos grupos da PP, esta é de 3,6%, 1,5% e 2,7% para os Grupos A, B e C, respetivamente. Mais se estima que os valores são significativamente mais elevados em homens, pessoas divorciadas (Grupo C), desempregados (Grupo C), jovens (Grupos A e B) e pessoas com menor grau de educação (Ma et al., 2016).

Outros fatores de risco conhecidos são as adversidades ocorridas na infância, tais como, abuso infantil (como o abuso emocional, verbal e sexual) e a negligência infantil. Segundo alguns estudos, este fator tem uma probabilidade quatro vezes maior de provocar uma PP no início da idade adulta, em comparação com casos que não sofreram de abuso ou negligência (Samuels, 2011).

Segundo um estudo recente (Divac Jovanovic & Svrakic, 2017), todos os subtipos de PP partilham a mesma psicopatologia básica do designado “nível de funcionamento *Borderline*”. Esta psicopatologia básica é caracterizada por indicadores intrapessoais, como por exemplo, subestruturas intrapsíquicas fragmentadas e disfuncionais manifestadas através de defesas primitivas, identidade difusa, sensação de realidade parcialmente prejudicada, testes de realidade em grande parte intactos, moral permissiva, bem como, por indicadores interpessoais característicos, tais como, relações interpessoais intensas, porém, instáveis, oscilando entre idealização e desvalorização, comportamento autossuficiente e/ou manipulador sem empatia para com os outros, marcado pelo intenso medo de ser abandonado e deixado sozinho (Divac Jovanovic & Svrakic, 2017).

Pessoas com PP apresentam uma “defesa aloplástica”, isto é, reagem a uma situação de stress tentando mudar o ambiente externo, em vez do seu próprio comportamento ou eles mesmos, tendo uma visão egossintónica, não conseguindo perceber as suas atitudes como imaturas e comportamentos inadaptados como um problema e, portanto, não sentem a necessidade de mudança. Estas pessoas acreditam que o mundo deve mudar para se adaptar a eles, no entanto, isto provoca, nos mesmos, uma grande angústia (Divac Jovanovic & Svrakic, 2017; Pridmore, 2010).

Desta forma, a PP caracteriza-se por um fracasso, por um lado, ao nível da aceitação da responsabilidade pelas próprias ações e, por outro, na interação positiva com a comunidade. Logo, pessoas que apresentem esta psicopatologia são tendencialmente egocêntricas, não pedem desculpa, culpam os outros e não demonstram qualquer consideração pelo outro (Pridmore, 2010).

Por outro lado, a pessoa com PP mostra um número limitado de respostas a diferentes situações. Estas reagem sempre com as mesmas respostas adaptativas a diferentes situações, por exemplo, com agressões ou sedução (Pridmore, 2010). Isto é, a pessoa com PP apresenta uma incapacidade de modular, efetivamente, o seu comportamento, o seu estado emocional interior e sua expressão emocional bem como apresenta dificuldades em criar mudanças na cognição social, nomeadamente, na perceção e expectativas, de forma a atender a objetivos que muitas vezes são conflituosos, vacilantes ou mesmo dolorosos, provocando uma grande ansiedade (Wright, Hopwood, & Simms, 2015). Estes factos resumem-se no surgimento de problemas em todas as áreas de vida da pessoa, como, família, comunidade, trabalho, educação, relacionamentos, lazer, sono, entre outras (Larivière et al., 2010; McMurran et al., 2016; Pridmore, 2010) e, consequentemente, dificuldades financeiras e um maior encargo para as famílias e para o setor público (McMurran et al., 2016).

É de referir como exemplo, que algumas PP são caracterizadas por um medo das avaliações negativas, sendo o resultado uma sensação desconfortável em situações sociais bem como na utilização de estratégias inadaptadas como o evitar destas situações (Sjonnese et al., 2016; Velzen, Emmelkamp, & Scholing, 2000). Desta forma, o surgimento de problemas nas diferentes áreas de vida pode ser explicado pelo mecanismo do sistema de recompensa do cérebro, formalmente designado por Sistema Mesocorticolímbico. Segundo este mecanismo, responsável pela sobrevivência humana através da distinção de atividades, quando uma atividade é gratificante e prazerosa deve ser repetida e as atividades nocivas devem ser evitadas (Gutman & Schindler, 2007). Assim, na PP, como as atividades que envolvem a interação social causam desconforto e ansiedade (Sjonnese et al., 2016; Velzen

et al., 2000), o sistema mesocorticolímbico reforça o evitamento destas atividades (Gutman & Schindler, 2007).

Para além destas consequências, existe ainda uma associação entre esta psicopatologia e a criminalidade, os comportamentos violentos, o consumo de substâncias e o suicídio (Larivière et al., 2010; Pickard, 2015; Samuels, 2011).

Por outro lado, a PP apresenta, ainda, uma elevada comorbilidade com outros problemas ligados à saúde mental, sendo isto, maioritariamente, uma regra e não uma exceção. Entre os problemas de saúde mental pode-se referir, como exemplo, a depressão, distúrbios alimentares, ansiedade e uso de substâncias. Igualmente, é verificado uma associação da PP a diferentes problemas de saúde médica, como doenças cardiovasculares, problemas de sono, artrite, obesidade e dor crónica (Dixon-Gordon, Whalen, Layden, & Chapman, 2015).

Em relação ao diagnóstico da PP, este ocorre entre a adolescência tardia e o início da idade adulta (Tan et al., 2016), não sendo diagnosticada na população pediátrica (Chapman & Fleisher, 2017). O diagnóstico formal, normalmente, não acontece antes dos 18 anos de idade (Chapman & Fleisher, 2017).

No que concerne à intervenção realizada com pessoas com PP, esta é feita utilizando, principalmente, a intervenção psicossocial, psicoterapêutica e farmacológica (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Divac Jovanovic & Svrakic, 2017; "Personality Disorder Integrated Care Pathway (PD–ICP) - 6: Psychosocial Interventions," 2015).

Relativamente à evidência da intervenção farmacológica o conhecimento é limitado. Sabe-se que esta é recomendada, especificamente, para pessoas que apresentem diagnóstico de PP *Borderline*, Esquizotípica e Evitante, sendo quase inexistente a informação da intervenção farmacológica nos restantes tipos de PP (Herpertz et al., 2007). Mais ainda, o tratamento farmacológico é utilizado na PP, na maioria dos casos, apenas como estabilizador dos sintomas do cliente, a fim de facilitar as intervenções psicossocial e psicoterapêutica (Drago, Marogna, & Sjøgaard, 2016).

A prescrição de medicação na PP *Borderline* é realizada apenas quando solicitado pelo cliente ou em situação de perigo para o mesmo, sendo direcionada para os sintomas específicos deste. Quando o cliente apresenta uma comorbilidade com um episódio depressivo ou solicita medicação, pois sente um desconforto leve, são prescritos, normalmente, os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (SSRIs) (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, & Unruh, 2017). Isto, porque os SSRIs apresentam efeitos modestos na diminuição da ansiedade, depressão e, possivelmente, na labilidade afetiva, na

PP Borderline (Ripoll, 2013). Por vezes são também administrados estabilizadores do humor e antipsicóticos pois são eficazes no controlo da raiva e da compulsividade bem como na diminuição de comportamentos autolesivos (Belli, Ural, & Akbudak, 2012; Choi-Kain et al., 2017). Os antipsicóticos de baixa dosagem podem também ser prescritos para a diminuição das distorções cognitivo-percetivas. Se se verificar ineficácia com o uso da medicação esta deve ser interrompida, por forma a evitar a polimedicação (Choi-Kain et al., 2017).

No que concerne à PP Esquizotípica a prescrição de medicação com evidência significativa baseia-se apenas em antipsicóticos atípicos para a redução da sintomatologia positiva e negativa, e os neurolépticos clássicos de baixa dosagem na melhoria da psicose, ao nível do funcionamento global e diminuição da sintomatologia depressiva (Herpertz et al., 2007).

Por sua vez, os autores sugerem, no caso da PP Evitante, para a diminuição da ansiedade social, da baixa autoestima e dos sintomas fisiológicos o uso de SSRIs e Venlafaxin, e, como tratamento de segunda linha os Inibidores Reversíveis da Mono-Amino-Oxidase. Os Inibidores Irreversíveis da Mono-Amino-Oxidase não devem ser utilizados devido aos graves efeitos colaterais (Drago et al., 2016; Herpertz et al., 2007).

No que se refere à intervenção psicossocial sabe-se que esta é benéfica para qualquer tipo de PP, não existindo outra forma de tratamento em que tenha sido demonstrado um resultado tão significativo nesta doença. A intervenção psicossocial pode ser definida como qualquer intervenção que tenha como ênfase fatores psicológicos e sociais ao invés de fatores biológicos, por exemplo, terapias psicológicas específicas, intervenções gerais, planeamento de crises, treino de resolução de problemas e psicoeducação ("Personality Disorder Integrated Care Pathway (PD-ICP) - 6: Psychosocial Interventions," 2015).

Uma das intervenções psicológicas específicas utilizadas na PP são as terapias cognitivistas, nomeadamente, a terapia racional emocional de Ellis e terapia cognitiva de Beck (Pires et al., 2017). A terapia Racional de Ellis refere-se a uma forma de intervenção na qual a pessoa faz uma avaliação irracional da situação atual, como resultado de dois tipos de perturbação, do Eu e do desconforto. O processo terapêutico inclui a alteração das crenças irracionais, por meio de uma reestruturação racional (Ellis, 1962). A terapia cognitiva de Beck, por sua vez, afirma que as cognições se organizam em esquemas, padrões de funcionamento cognitivo, sendo que quando existe uma disfunção surgem pensamentos automáticos. O alvo da intervenção terapêutica passa pela transformação das dimensões disfuncionais (Beck, 1967).

Resumindo, estas intervenções, Terapias Cognitiva-Comportamentais (TCC), têm como objetivo modificar as crenças presentes e desenvolver novas, proporcionando estratégias mais eficazes para lidar com situações problemáticas, não passando pela substituição dos esquemas disfuncionais (Evershed, 2011). As estratégias cognitivas passam por alterar as crenças inadaptadas do núcleo sobre o “eu” e o “mundo” através de técnicas que ajudam o cliente a reconhecer esse padrão de pensamento e interpretação inadequado. Em seguida, o cliente tem de enfrentar o seu padrão de pensamento através da reestruturação do esquema (transforma um esquema inadaptado num adaptável), modificação do esquema (adapta o esquema de forma a reduzir o seu impacto e o seu efeito sobre as suas respostas) ou a reinterpretação do esquema (pequenas mudanças no esquema existente, ajudando-o a adaptar-se à sua disfuncionalidade continuando a desempenhar as tarefas do dia-a-dia) (Choi-Kain et al., 2017; Evershed, 2011; Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016). Por sua vez, as estratégias comportamentais são usadas para promover uma redução da automutilação e outros comportamentos inadaptados, bem como ajudar o cliente a desenvolver formas mais fáceis de lidar com as dificuldades. Assim, o terapeuta aborda cada comportamento inadaptado do cliente, ensina/capacita novas competências e atribui comportamentos que podem ser treinados como tarefa para casa. Algumas das técnicas mais comuns utilizadas são a monitorização e agenda de atividades, treino de competências (ex.: ensaio de comportamento; trabalho de autoimagem, incluindo feedback de vídeo; relaxamento; treino de competências sociais) e técnicas de exposição para as dificuldades baseadas na ansiedade (Choi-Kain et al., 2017; Evershed, 2011; Weinbrecht et al., 2016).

Em comparação com outras perturbações psiquiátricas, a utilização das terapias cognitivistas na PP apresenta, em termos de desenvolvimento da terapia, algumas especificidades, nomeadamente, o relacionamento terapeuta-cliente e a necessidade de maior duração do tratamento (Evershed, 2011; Manen et al., 2011; van Manen et al., 2011). A aliança terapêutica com o cliente deve basear-se em confiança e colaboração na resolução de problemas do cliente, permitindo que este se mantenha motivado e envolvido ao longo da terapia (Evershed, 2011).

Atualmente, sabe-se que a PP pode ser tratada, principalmente, segundo a evidência, se o foco da psicoterapia está na psicopatologia da personalidade central ou nos seus sintomas (Dimaggio, Nicolò, Semerari, & Carcione, 2013). As antigas noções que a PP são distúrbios, necessariamente, de longo prazo, estáveis ao longo do tempo e associados a maus resultados, são contrariadas pela evidência da melhoria com o tratamento das tentativas de suicídio, uso indevido de serviços, recaídas e explosões agressivas (Bateman et al., 2015).

Apesar das razões para otimismo, continua a ser importante aumentar a pesquisa sobre como e em que condições os clientes respondem à psicoterapia, pois a pesquisa sobre os resultados mostram que apenas uma minoria dos clientes recupera completamente após a psicoterapia e muitos, no fim do tratamento, continuam num estado de sofrimento (Dimaggio et al., 2013). Em relação aos grupos da PP, podemos defini-los segundo o seu grau de adaptação e de tratamento. O Grupo A é considerado como o menos adaptativo e com menos propensão para o tratamento. O Grupo B apresenta uma grande dificuldade de adaptação e a propensão para o tratamento é variável. O Grupo C ostenta o melhor grau de adaptação, o que indica um melhor grau de funcionalidade, bem como apresenta uma melhor perspetiva de tratamento (Bateman et al., 2015). Na sua maioria, os clientes continuam com disfunções ao nível interpessoal e com dificuldade na adaptação social bem como os problemas de identidade irão, provavelmente, permanecer. Com o passar dos anos, é mesmo visível na pessoa a continuidade de um sentimento de inferioridade, dificuldade na criação de relacionamentos íntimos e dificuldade em desenvolver competências para desempenhar de forma adequada ocupações como trabalhar e educar. Estes dados são sobretudo visíveis em pessoas com PP grave, que apresentam alto risco de causar danos a si próprios e aos outros (Bateman et al., 2015). Isto explica o facto de, segundo alguns estudos, a PP apresentar um grave défice na perceção da qualidade de vida, sendo mesmo comparado ao apresentado em doenças somáticas graves como doença de *Parkinson*, cancro do pulmão e doenças reumáticas (Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008). Este é um fator a ter em consideração, pois é o bem-estar subjetivo do cliente que determina o seu comportamento de busca de tratamento, cooperação e avaliação do tratamento (Soeteman et al., 2008).

Assim, é necessário que o tratamento, para ser considerado efetivo, apresente um efeito robusto sobre os sintomas centrais da PP e sobre a adaptação social a longo prazo (Bateman et al., 2015).

Uma das principais dificuldades na intervenção com pessoas com PP é a adesão ao tratamento (Esterberg, Goulding, & Walker, 2010). A não conclusão do tratamento provoca, geralmente, um grande impacto no serviço de saúde mental e são verificados resultados clínicos mais pobres, maior prevalência de recaídas, hospitalizações e, por conseguinte, um maior uso de recursos de saúde mental (Clough & Casey, 2011; Evershed, 2011; Hansen, Lambert, & Forman, 2002; McMurran, Cox, Whitham, & Hedges, 2013; McMurran, Huband, & Overton, 2010).

De forma a diminuir o abandono do tratamento e todas as suas consequências, uma das abordagens promissoras é baseada na Teoria dos Objetivos. Os objetivos pessoais dão

um propósito, estrutura e significado à vida da pessoa, sendo mais fácil experimentar o bem-estar quando há um compromisso com o cumprir de metas, os objetivos são realizáveis e atendem às suas necessidades explícitas e implícitas (Emmons, 2005; McMurren et al., 2013; Michalak & Holtforth, 2006). As necessidades podem variar entre necessidades fisiológicas básicas (como, oxigénio, água, comida), necessidade de segurança e pertença e necessidades de ordem superior, por exemplo, autoestima. Assim, torna-se importante avaliar os objetivos do cliente, identificar os obstáculos ao cumprimento da meta e esclarecer sobre as vantagens do envolvimento na terapia para a concretização dos mesmos (McMurren et al., 2013).

Pelas características descritas, a PP é uma psicopatologia que afeta, significativamente, o envolvimento nas ocupações, podendo mesmo levar à privação ocupacional, o que leva a concluir que a intervenção da Terapia Ocupacional (TO) pode ser também uma mais valia (Marques & Trigueiro, 2011).

Com efeito, a TO tem como objetivo terapêutico ajudar o indivíduo a organizar as ocupações diárias, criando oportunidades para a pessoa trabalhar, planejar, criar e aprender a usar ferramentas e materiais, bem como, obter uma satisfação com a vida e promover relações interpessoais em todos os contextos que considerem significativos, sendo esta intervenção centrada nas escolhas volitivas do cliente (Daremo, 2010; Kielhofner, 2008; A. Wilcock, 2006).

Na Saúde Mental a intervenção da TO centra-se na responsabilização do cliente para o processo de intervenção (Utredningar, 2006), reforçando-o para desempenhar ocupações significativas. Segundo alguns trabalhos recentes nesta área, o envolvimento em ocupações promove a saúde e a satisfação com a qualidade de vida (Daremo, 2010; Eklund & Leufstadius, 2007). A pessoa que se envolve em ocupações significativas sente uma experiência de autorrealização, motivação, realidade e organização temporal (Daremo, 2010). A participação em atividades significativas e com contribuição positiva para a sociedade é mesmo considerada como uma etapa da recuperação (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005).

Mais especificamente, na intervenção com PP, psicopatologia cujas manifestações levam a que haja um grande impacto negativo ao nível da participação social, a TO trabalha no sentido de aumentar a participação social, melhorando a qualidade de vida, a construção e manutenção da identidade bem como a promoção do sentido de pertença (Larivière, 2008). De realçar que é necessário um trabalho mais atento na PP do grupo A e B, pois sabe-se que são os mais comprometidos ao nível da perceção da qualidade de vida (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006) e nas várias áreas de ocupação (Skodol et al., 2002).

Por outro lado, a intervenção da TO, como se pode verificar pelos seus modelos profissionais, vai de encontro às abordagens da Teoria dos Objetivos, através de uma abordagem centrada no cliente. O Modelo de Ocupação Humana (MOH) reforçava, mesmo antes de ter surgido o conceito de “intervenção centrada no cliente”, a importância de se incorporar as perspetivas e desejos do cliente em todo o processo de intervenção (Kielhofner, 2008). Este reforço da necessidade de ter em atenção as perspetivas e desejos do cliente em todo o processo de intervenção vai ao encontro do pressuposto pela Teoria dos Objetivos que reforça a relevância de existir um compromisso da pessoa para a concretização dos objetivos pessoais que atendem às suas necessidades explícitas e implícitas (Emmons, 2005; McMurren et al., 2013; Michalak & Holtforth, 2006). A intervenção da TO, segundo o MOH, é centrada no cliente tendo como foco a Ocupação. Assim, o cliente é conceptualizado através do domínio volição (motivação para a ocupação), habituação (padrões, rotinas e interesses) e a sua capacidade de desempenho. Sendo reconhecido que é através da participação em ocupações que o cliente desenvolve a sua identidade e competências, ao longo do tempo, no contexto do seu ambiente, num processo dinâmico de adaptação contínua (Kielhofner, 2008; Shinohara, Yamada, Kobayashi, & Forsyth, 2012). O objetivo da TO consiste na facilitação da organização dos comportamentos ocupacionais, designadamente, a escolha, manutenção e organização, para que se desenvolvam ou restaurem os ciclos adaptativos. Assim, tal como reforçado pela Teoria dos Objetivos, o MOH pressupõe que, através de uma intervenção centrada no cliente, se explorem os seus objetivos e se identifiquem os obstáculos à sua conclusão bem como reforçar a motivação necessária para que o cliente se envolva na terapia, através da explicação de como a terapia pode ajudar na superação do obstáculo (Kielhofner, 2008; McMurren et al., 2013). A TO, de forma a facilitar este processo, desenvolve uma relação terapêutica que se sustenta na compreensão, respeito e suporte ao cliente nas suas escolhas, ações e experiências (Kielhofner, 2008).

Por sua vez, também o Modelo de Desempenho Ocupacional (CAOT, 1983) menciona que a obtenção de ótimos resultados para o cliente advém de uma parceria entre a pessoa e o terapeuta ao longo da intervenção bem como na concentração para a resolução de problemas ocupacionais definidos pelo cliente. Desta forma, o papel da TO é de prestar informações aos clientes sobre os problemas de desempenho ocupacional, de uma forma que seja compreensível, a fim de que estes possam fazer as suas escolhas sobre os serviços que precisam e os objetivos desejados. Nomeadamente, a pedra angular do serviço da TO é o direito à liberdade, que se aplica nos direitos do cliente em ser independente, de conhecer as suas opções, escolher, agir e criar novas opções (Law, Baptiste, & Mills, 1995; Whalley

Hammell, 2013). O cliente é, desta forma, responsabilizado para o seu processo de recuperação tendo o direito a definir as suas prioridades de intervenção e a direção do processo de intervenção (Kaplan, 1991). Para isto, a TO avalia e intervém tendo em conta as visões e valores do cliente, levando em consideração os seus papéis e o ambiente em que está inserido (Law et al., 1995; Whalley Hammell, 2013). Esta prestação de informação aos cliente, tendo em consideração todas as características do mesmo, vai facilitar a aplicação da Teoria dos Objetivos, que refere que o facto de ajudar na concretização dos objetivos de alguém pode ser benéfico para motivar as pessoas a se envolver no tratamento (Theodosi & McMurran, 2006). Também o enfoque na relação terapêutica, que deve basear-se na confiança e colaboração na resolução de problemas do cliente, permite que este se mantenha motivado e envolvido na terapia (Evershed, 2011).

Como o diagnóstico da PP é realizado na fase de transição da adolescência para a vida adulta (dos 16 aos 25 anos), altura em que existem múltiplas mudanças ao nível dos papéis de vida desempenhados (Zajac et al., 2015) isso representa um dos focos de preocupação e, conseqüentemente, deve ser alvo de intervenção.

As transições que ocorrem ao longo da vida são consideradas como um processo dinâmico e interacional entre a pessoa e o meio ambiente que o envolve, para além das mudanças nos papéis e nas expectativas, e a grande variedade de escolhas (Shaw & Rudman, 2009). As mudanças ao nível dos papéis ocorrem devido às alterações na identidade ou *status* social, isto porque os papéis são responsáveis pelo comportamento e modo de agir da pessoa, influenciando as suas ações, atitudes, atividades/tarefas e interações sociais. De forma a ser eficaz, a pessoa cria uma rotina diária que é regulada pela aquisição de hábitos (Kielhofner, 2008). Logo, pode-se definir como uma transição ocupacional pois esta envolve a reorganização e o assumir de novas ocupações renunciando outras (Shaw & Rudman, 2009). Deste modo, a TO tem um papel imprescindível durante a intervenção em fase de transição, devido ao seu ênfase na análise da atividade e na correlação entre as ocupações, competências, padrões, contextos e expectativas, bem como fatores internos do cliente (Roley et al., 2008). Tendo por base a compreensão das necessidades de desenvolvimento do jovem, bem como a perceção e expectativas deste e dos cuidadores, a TO tem a especial capacidade de promover e auxiliar no planeamento da transição. Por outro lado, esta compreensão permite fornecer a empatia e apoio aos cuidadores que podem enfrentar dificuldades na aceitação da mudança. Esta intervenção com a pessoa apresenta um processo, fundamentalmente, centrado no cliente, tendo em conta as suas prioridades, metas e preferências (Juan & Swinth, 2010).

Segundo a pesquisa existente, a fase de transição da adolescência para a vida adulta é desafiadora para qualquer jovem, mas para jovens com uma doença mental pode ser muito difícil, pois estes enfrentam desemprego e discriminação quando tentam iniciar uma atividade laboral o que torna difícil realizar esta transição com sucesso (Larson, 2009). Para além disto, existem consequências que comprometem a saúde e o bem-estar da pessoa, bem como aumenta a carga sobre os sistemas de saúde (Gorter et al., 2015). Assim, existe a necessidade de serem criados programas dirigidos a jovens com doença mental que ajudem na continuação da formação educacional, em seguida, na obtenção de um emprego e por fim na independência financeira, por forma a diminuir as consequências da psicopatologia no desempenho das ocupações (Kennedy, Sloman, Douglass, & Sawyer, 2007).

Segundo a bibliografia, as componentes chaves da intervenção devem ser programas com abordagens de transição da adolescência para a idade adulta direcionado para a saúde, que promovam a autogestão gradual e a autonomia apropriada para o desenvolvimento (Huber et al., 2011; Kennedy et al., 2007; Reiss, 2012).

De salientar que as transições consideradas normativas incluem a conclusão da formação escolar, obtenção de um emprego remunerado, desenvolvimento de uma rede social e tornar-se um cidadão produtivo. O sucesso é determinado pela interação complexa entre o jovem, a sua família, local onde mora e as oportunidades disponíveis (Zajac et al., 2015).

Esta é uma transição obrigatória que apresenta modificações internas e externas, que se pode desenvolver numa mudança catastrófica devido aos vários desafios à adaptação ocupacional, que requerem a reconstrução da identidade ocupacional e das competências ocupacionais (Kielhofner, 2008). Nos países ocidentalizados, por exemplo, esta fase é muito desestruturante. Por um processo de mudança, todas as expectativas são colocadas no jovem para que este encontre o seu caminho para a idade adulta (autogestão), estando a extensão do suporte existente bastante diminuída, assim como as diretrizes para o desenvolvimento da identidade. A diminuição do suporte ocorre devido às alterações no mercado de trabalho e na estrutura social que permitiram o aumento do conhecimento de novas opções de trabalho – instituindo-se na formação universitária e nas formas de estar - em que muitos jovens optam por ser solteiros, não formalizando a sua relação (quando a têm), deixando de existir a imposição de identidade, mas ao invés, escolhem por conta própria as opções mais “corretas” para si. Assim, este ambiente favorece oportunidades sem precedentes para quem é capaz de tirar proveito desta liberdade, no entanto, pode criar uma extrema angústia e

frustração para aqueles que, nesse momento, não conseguem lidar com essa responsabilidade (Schwartz, Donnellan, Ravert, Luyckx, & Zamboanga, 2013).

A falta de capacidade para lidar com esta fase de transição é visível, principalmente, em jovens institucionalizados, bem como em jovens com famílias instáveis (separação dos pais, conflitos familiares). Segundo diferentes estudos (Keller, Cusick, & Courtney, 2007; Paul-Ward, Lambdin-Pattavina, & Haskell, 2014), os jovens que apresentam um vínculo afetivo adequado com os pais, incluído uma conexão emocional próxima e apoio à autonomia, demonstram uma maior independência e autoconfiança, bem como maior realização com o desempenho das ocupações (Keller et al., 2007). Em contrapartida, os jovens que não apresentam este vínculo afetivo adequado apresentam, muitas vezes, resultados negativos como baixa escolaridade, falta de emprego, dificuldades financeiras, bem como o aumento das taxas de perturbações mentais e toxicodependência (Paul-Ward et al., 2014).

De forma a promover a (re)adaptação ocupacional durante este período, é necessário ocorrer a “*exploração*”, a “*competência*” e a “*conquista*” (Kielhofner, 2008). A “*exploração*” consiste no tentar participar em novas atividades, aprender acerca das suas capacidades, preferências e valores; na modificação dos papéis, requerendo para isto um contexto securizante, que ofereça oportunidades e recursos. A “*competência*” compreende o dar consistência às novas formas ocupacionais aprendidas na “*exploração*”, influenciando o sentido de eficácia. Esta, envolve o desenvolvimento de novas competências, readaptação das antigas, criando novos hábitos. Por fim, a “*conquista*” diz respeito à participação em novas ocupações, reformulando a identidade ocupacional. Pode ser necessário o reajuste de hábitos e rotinas (Kielhofner, 2008).

De salientar que, nesta fase de transição, as relações sociais representam um papel importante na promoção de oportunidades para desenvolver a identidade pessoal e social e explorar a autonomia (Zarrett & Eccles, 2006). As relações do jovem com a família podem funcionar, por um lado, como forma de obter apoio financeiro, emocional e relacionado com a realização pessoal e, por outro, como um modelo importante para os relacionamentos sociais, quando existe um vínculo afetivo entre os elementos da família (Collins, 1990). No caso do jovem com doença mental, relações familiares caracterizadas pelas emoções expressas, isto é, um funcionamento familiar constituído por atitudes de crítica, hostilidade e/ou sobreenvolvimento emocional por parte dos cuidadores, são preditores de piores resultados clínicos (Peris & Miklowitz, 2015) e de funcionamento global (Przeworski et al., 2012) ao longo do tempo.

No que se refere ao grupo de pares, é normal este se tornar, na fase da adolescência, o relacionamento social mais importante no desenvolvimento da identidade do jovem (Harter, 2015). Com efeito, nesta idade existe um aumento do tempo gasto com os pares e no envolvimento em diferentes atividades com estes, bem como, mais do que em outras idades, uma preocupação com a obtenção de aceitação social pelo grupo (Brown, 2011). Esta relação pode trazer consequências, nomeadamente, o aumento de comportamentos problemáticos para corresponder à forte pressão do grupo, com possíveis consequências para a transição para a idade adulta (Savin-Williams & Berndt, 1990). Porém, com a evolução desta fase de transição, o jovem aumenta a confiança nas suas competências sociais, objetivos e valores, diminuindo, ao longo do tempo, o impacto dos relacionamentos com os pares (Zarrett & Eccles, 2006). O adolescente também começa, cada vez mais, a criar relacionamentos estreitos com maior reciprocidade com os pares, o que promove a aprendizagem e preparação para o início dos relacionamentos amorosos (Reitz, Zimmermann, Hutteman, Specht, & Neyer, 2014). Assim, há uma forte evidência do importante papel que os pares têm enquanto modelos para os relacionamentos amorosos. Estes relacionamentos amorosos, para além de desempenharem um papel na formação da identidade, aumentando a conexão entre os jovens com os seus pares, proporcionam um senso de pertença e de estatuto no grupo de pares. Para além disso, estão positivamente relacionados com sentimentos de autoestima e, no final do processo de transição, com possíveis sentimentos de competência (Levesque, 1993).

1.3 Kit para Jovens

Considerando as preocupações referidas, nomeadamente, as dificuldades de envolvimento em atividades e ocupações, a Teoria dos Objetivos, como contribuição para o não abandono da intervenção (McMurran et al., 2013), e as suas dificuldades no processo de transição da adolescência para a vida adulta, o “Kit para Jovens” pode ser uma mais valia na intervenção com jovens com PP.

O “Kit para Jovens” é um instrumento recentemente criado por terapeutas ocupacionais (Stewart, 2008), que foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar jovens com perturbações do desenvolvimento durante a transição da adolescência para a idade adulta. Este, é uma ferramenta que promove a organização, definição de metas e autogestão (Gorter et al., 2015), auxiliando, principalmente, ao nível da organização de informações para fornecer a outros sobre si mesmo (por exemplo, dificuldades/facilidades em realizar as

tarefas na/o escola/trabalho); da obtenção de informação sobre si próprio (como boletins informativos ou avaliações de desempenho) e da organização da informação sobre si mesmo, como por exemplo, horário semanal (Freeman et al., 2015).

Este *Kit* está dividido em dez módulos que abordam diferentes domínios da transição da adolescência para a idade adulta, incluindo, Planear o Futuro (objetivos a curto e longo prazo); Informação Pessoal; Atividades Organizadas; Gestão Financeira; Competências de Vida e Cuidados Pessoais; Condição de Saúde; Informação Social (lista de contactos, planeamento de férias e festas, interesses); Escolar e Profissional; e Outras Importantes. Cada módulo apresenta uma série de questões e tabelas que a pessoa deve completar com a sua informação (Freeman et al., 2015; Stewart, 2008). O módulo “Planear o Futuro”, é considerado uma secção introdutória que permite ao jovem refletir sobre as suas capacidades em relação aos restantes módulos presentes no *Kit* e, em seguida, encaminha-os para o processo de definição de objetivos que abarca a definição de objetivos, identificação dos passos necessários para os cumprir e reflexão sobre o que foi realizado (Gorter et al., 2015).

Segundo alguns estudos realizados com o “Kit para Jovens”, este permite, por um lado, a autodescoberta, começando a desenvolver uma compreensão mais profunda sobre si mesmo e sobre as suas capacidades, e, por conseguinte, existe o estabelecimento e, por sua vez, o alcance dos seus objetivos. Por outro lado, à medida que se preenche o *Kit* o terapeuta consegue fornecer um maior apoio ao jovem, uma vez que começa a descobrir as suas capacidades, sonhos para o futuro, expectativas e desejos (Freeman et al., 2015).

Deste modo, do ponto de vista de mais valias para a TO, a utilização deste “Kit para Jovens” na população de pessoas com PP, tem como benefício específico o aumento do conhecimento, por parte do terapeuta, sobre o domínio volitivo, a habituação e a capacidade de desempenho do cliente, por forma a facilitar a organização dos comportamentos ocupacionais como a escolha, manutenção e organização, para que se desenvolva ou se restaure o ciclo adaptativo (Freeman et al., 2015; Kielhofner, 2008). Mais ainda, a intervenção facilmente seguirá o pressuposto da intervenção centrada no cliente, pois é este que dirige a intervenção com o preenchimento do *Kit*, esperando-se um reconhecimento da necessidade e procura de mudança por parte do cliente, bem como a responsabilização para o tratamento (CAOT, 1983; Freeman et al., 2015).

Segundo a evidência, o tratamento das PP é um processo minucioso que apresenta mudanças modestas (Stone, 2007). Os sintomas podem frequentemente ser aliviados, no entanto, a personalidade é altamente resistente à mudança (Stone, 2007). Neste caso, pensa-se que, do ponto de vista do cliente, o *Kit* pode melhorar a perceção de qualidade de vida e

a satisfação com o suporte social bem como diminuir a ansiedade e o evitamento em situações de desempenho e interação social do jovem com PP. Segundo alguns estudos, uma intervenção baseada nas ocupações significativas e na responsabilização do cliente para o processo de intervenção, melhoram a sua perceção de qualidade de vida (Daremo, 2010; Eklund & Leufstadius, 2007). Também o facto de participar num maior número de ocupações pode levar, consequentemente, a relacionar-se com um número maior de pessoas, existindo oportunidade para aumentar a sua rede de suporte social e fortalecer as redes existentes melhorando, dessa forma, a satisfação com o suporte social e o sentido de pertença (Larivière, 2008; Law, 2002). Também a tomada de consciência das dificuldades em relacionar-se com os outros, aquando do preenchimento do *Kit*, pode despoletar a procura da resolução deste problema, podendo assim melhorar a interação com a comunidade e, por conseguinte, a satisfação com o suporte social (Freeman et al., 2015; Pridmore, 2010). Consequentemente, o envolver-se em novas ocupações, nomeadamente em atividades sociais prazerosas, melhorando as redes de suporte social e a interação com a comunidade, vai ajudar a aumentar a motivação para continuar o envolvimento em atividades, o que pode ajudar na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social (Gutman & Schindler, 2007; Rebeiro, Day, Semeniuk, O'Brien, & Wilson, 2001). Segundo a bibliografia, a criação de objetivos sociais que promovem a motivação para estabelecimento de relações e, mesmo a criação de laços sociais positivos, leva à diminuição dos resultados indesejáveis, como a evitação e a ansiedade nas relações sociais (Gable, 2006).

Desta forma, o grupo de investigação, com este estudo, pretende:

- 1) Verificar se existem alterações ao nível da participação de jovens com PP, nomeadamente, através de um maior envolvimento em atividades e ocupações e um maior grau de funcionalidade, quando utilizado um programa baseado no “Kit para Jovens” no seu processo de intervenção.
- 2) Verificar se existe uma relação ao nível do envolvimento em atividades e ocupações com a perceção de qualidade de vida, perceção de suporte social e a ansiedade e evitamento em situações de desempenho e interação social em jovens com PP.
- 3) Verificar a perceção de jovens com PP para a adequabilidade do programa baseado no “Kit para Jovens” como processo de intervenção.

3.1) Obter informação acerca da satisfação dos participantes com o programa baseado no “Kit para Jovens”, designadamente em relação à duração do

programa, frequência das sessões, pertinência e percepção dos temas abordados, no que diz respeito à formulação e cumprimento de objetivos.

De forma a facilitar a resposta a estes objetivos formularam-se, ainda, as seguintes hipóteses:

- 1.1.A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do grau de funcionalidade por parte de jovens com PP;
- 1.2. A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações por parte de jovens com PP;
- 2.1.O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens”, melhora a percepção de qualidade de vida de jovens com PP;
- 2.2.O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” melhora a percepção de suporte social de jovens com PP;
- 2.3.O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” ajuda na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social de jovens com PP.

Capítulo II: Metodologia

Como método de estudo, foi escolhido o Estudo de Caso com desenho A-B-A, sendo que, para a recolha e análise dos dados, recorreu-se a métodos mistos, de natureza quantitativa e qualitativa. A escolha deste método de estudo ocorre por forma a explorar detalhada e aprofundadamente a multiplicidade de fontes envolventes dos resultados (Yin, 2011), respondendo às hipóteses do estudo, tendo em conta a eficácia do programa de intervenção “Kit para Jovens” na PP de forma a criar uma generalização natural.

A opção pelo desenho A-B-A prendeu-se com a necessidade de comparar os sujeitos da amostra com eles mesmos, numa fase de pré-intervenção, durante a intervenção e pós-intervenção, de forma a avaliar se as mudanças ocorridas se deviam à abordagem selecionada ou, pelo contrário, eram devidas ao acaso (Creswell, 2011). Assim, para desenhar a linha de base, utilizou-se uma avaliação diagnóstica (pré-teste) através de instrumentos de avaliação de natureza quantitativa, aplicada num único momento e uma avaliação de acompanhamento (*ongoing*) que foi aplicada durante as sessões que consistiram no tempo de observação inicial. Esta avaliação *ongoing* utilizou-se ao longo dos 6 meses de intervenção, de forma a registar a modificação de comportamentos sendo, na última fase de observação, aplicada a avaliação final (pós-teste).

Assim, de forma a responder aos objetivos e hipóteses estabelecidos utilizou-se um conjunto de instrumentos e procedimentos descritos em seguida.

2.1 Amostra

A amostra é do tipo não probabilístico proposicional, do tipo casos críticos, sendo o local de realização do estudo escolhido por conveniência (Mattar, 1996; Schiffman & Kanuk, 2000). A seleção das pessoas participantes obedeceu ao critério ser diagnosticado com PP e estar, no momento do estudo, a frequentar a Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família (UPJF) da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João (CPSM-CHSJ). Este local foi escolhido devido à maior facilidade de acesso pelo investigador principal, tendo a amostra sido constituída por 6 indivíduos com PP.

Definiram-se como critérios de inclusão que os participantes têm de estar inseridos em Hospital de Dia Jovem ou em Atividades Reabilitativas em Ambulatório (ARA). Por outro lado, como critérios de exclusão definiu-se indivíduos com um Quociente de Inteligência igual ou inferior a 69, com diagnóstico clínico de Espectro de Esquizofrenia ou Diagnóstico Associado de Perturbações Psicóticas e quando apresentam sintomas agudos ou

estão em situação atual de consumos de substâncias. O Quociente de Inteligência de cada participante foi fornecido pela psicóloga responsável pelos casos.

As características da amostra no início da intervenção são retratadas na tabela I.

Tabela I: Características da amostra no início da intervenção.

	1	2	3	4	5	6
Idade (anos)	20	24	25	23	21	25
Género	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
Diagnóstico	PP Paranoide	PP Evitante	PP Obsessivo-Compulsiva	PP Esquizotípica	PP em estudo	PP em estudo
Agregado Familiar	Mãe	Pais e Irmão de 13 anos	Pais e Irmã de 23 anos	Tios e Primo de 30 anos	Pais e Irmão de 24 anos	Amigo e filha de 2 anos
Estado civil	Solteira	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteira
Habilitações académicas	9º ano (falta uma disciplina para terminar o 12º ano)	12º ano (iniciou licenciatura em Engenharia Eletrónica e Computadores)	Licenciatura em Filosofia (iniciou o mestrado)	12º ano, realizado através de Formação Profissional em Cozinha	12º ano, realizado através de Formação Profissional em Análises Clínicas.	12º ano realizado através de Formação Profissional em Técnica de Apoio à Infância
Valência que frequentava na UPJF, no início do estudo	Hospital de Dia Jovem	Hospital de Dia Jovem	Hospital de Dia Jovem	Hospital de Dia Jovem	ARA	ARA
Valência que frequentava na UPJF, no fim do estudo	Alta hospitalar	ARA	Alta hospitalar	ARA	Hospital de Dia Jovem	Alta hospitalar

2.2 Instrumentos

O processo de avaliação dos participantes, de forma a dar cumprimento aos objetivos estabelecidos e analisar a eficácia do programa de intervenção, consistiu na utilização de um conjunto de instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa. A escolha dos instrumentos teve por base a sintomatologia das PP e os temas trabalhados pelo “Kit para Jovens”. A validade dos instrumentos bem como a sua adaptação cultural foi tida em conta, estando todos validados para a população portuguesa. Assim, após uma revisão da literatura cuidada e do contacto com especialistas na área, foram selecionados os instrumentos apresentados na Tabela II conforme os momentos de avaliação a que se destinam: pré-teste, *ongoing* e pós-teste.

Tabela II: Organização dos Instrumentos de Avaliação utilizados.

Instrumento	Pré-teste	Ongoing	Pós-teste
Questionário Sociodemográfico			
<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS II)</i>			
Questionário de Estado de Saúde (SF-36V2)			
<i>World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF)</i>			
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)			
Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)			
Grelhas de Observação de Comportamentos			
Questionário em forma de Entrevista			

- **Questionário Sociodemográfico**

Por forma a caracterizar a amostra, aplicou-se um Questionário Sociodemográfico, construído pela equipa de investigadores, onde foram recolhidos indicadores sociodemográficos como o sexo, a data de nascimento, localidade, nacionalidade, agregado familiar, os anos de doença, diagnóstico, o número de internamentos, medicação, o estado civil, a situação laboral, as habilitações literárias e a profissão.

De forma a verificar se existem alterações ao nível da participação de jovens com PP, nomeadamente, através de um maior envolvimento em atividades e ocupações e um maior grau de funcionalidade, em jovens com PP, quando utilizado o “Kit para Jovens”, foram utilizados os seguintes instrumentos de intervenção:

- ***World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS II)***

O WHODAS II (versão portuguesa de Ribeiro, 2010) permite avaliar as limitações nas atividades e restrições da participação através da avaliação da funcionalidade em 6 domínios de atividade, tendo em conta os últimos 30 dias (Castro, Leite, Osterbrock, Santos, & Adery, 2015; S. M. d. S. Ribeiro, 2010; Silva, 2011; Sjonnesen et al., 2016):

Domínio 1 – Cognição. Neste domínio é avaliada a comunicação e a compreensão, através de 6 itens que incluem áreas específicas como a concentração, memória, resolução de problemas, aprendizagem e comunicação.

Domínio 2 - Mobilidade. Este avalia, através de 5 itens, algumas atividades como permanecer de pé, andar dentro de casa, sair de casa e andar uma distância longa.

Domínio 3 – Autocuidado. Constituído por 4 itens, este avalia tarefas relacionadas com o cuidar de si próprio, tais como, higiene, vestir, comer e deslocar-se.

Domínio 4 - Relações Interpessoais. Fornece informação, através de 5 itens, sobre a interação com outras pessoas e as dificuldades que possam existir neste domínio, envolvendo pessoas que lhe são próximas (como cônjuge ou companheiro, membros da família ou amigos) e pessoas que não conhece (estranhos).

Domínio 5 - Atividades Diárias. Este domínio inclui todas as atividades que fazem parte da rotina diária como as responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola, sendo composto por 8 itens.

Domínio 6 - Participação. Inclui 8 itens sobre as dimensões sociais, tais como atividades na comunidade, barreiras e obstáculos no ambiente à sua volta e problemas com questões diversas, tais como manter a dignidade pessoal. As questões não se referem, necessariamente e unicamente à componente participação, mas também incluem os fatores contextuais (pessoais e ambientais) afetados pela condição de saúde do respondente.

Cada item do WHODAS II está pontuado numa escala de 5 pontos, em que 1 significa *sem dificuldade* e 5 significa *extrema dificuldade ou incapacidade de fazer a atividade*. Esta resposta deve ter em conta a forma como a pessoa geralmente desempenha a atividade, incluindo o uso de qualquer produto de apoio ou ajuda de uma terceira pessoa. A pontuação do instrumento traduz-se num valor que varia entre 0 (valor mínimo) e 100 (valor máximo) para cada domínio de funcionalidade bem como para o valor global de funcionalidade, sendo que valores mais altos indicam uma maior funcionalidade (Castro et al., 2015; S. M. d. S. Ribeiro, 2010; Silva, 2011; Sjonnesen et al., 2016).

O WHODAS II apresenta um índice de fiabilidade com um *Alfa de Cronbach*, para o valor global, de 0.95, considerando-se, assim, ter muito boa consistência interna. No entanto, o mesmo não acontece quando se verifica o valor para cada domínio, em que a consistência interna é boa para os domínios Cognição (0.86), Autocuidado (0.88) e Participação (0.83), muito boa para o domínio Mobilidade (0.92) e Atividades Diárias (0.94) e fraca para o domínio Relações Interpessoais (0.62) (S. M. d. S. Ribeiro, 2010).

- **Grelhas de Observação de Comportamentos**

Ao longo da intervenção, o investigador principal foi fazendo anotações de diferentes comportamentos, de forma a facilitar a observação de possíveis alterações que podem não

ser suficientemente sensíveis para os instrumentos de natureza quantitativa. Para esse feito, foi construída uma grelha de observação de comportamentos, aplicada durante as sessões de intervenção e constituída pelos itens: “Tema dos Objetivos Estabelecidos”, “Verificação dos Objetivos Estabelecidos” e “Atividades Extra Realizadas”.

O comportamento “Tema dos Objetivos Estabelecidos” abarca informação sobre qual a área de ocupação em que os objetivos estabelecidos se inserem. Assim, é descrito o número de objetivos criados por cada participante, consoante a área de ocupação a que pertence, designadamente, “Atividades de Vida Diária (AVDs)” que inclui atividades de cuidado do próprio corpo, como atividades de higiene diária; “Participação Social”; “Educação”; “Trabalho”; “Lazer” e “Atividades de Vida Diária Instrumental (AVDIs)” que inclui o cuidar do outro, gestão financeira, manutenção da casa e gestão da saúde.

O comportamento “Verificação dos Objetivos Estabelecidos” abrange a classificação do resultado do objetivo no final da intervenção, consoante as áreas de ocupação. Para cada área de ocupação, o objetivo é classificado como “Não apresenta objetivo nesta área de ocupação”, “Objetivo sem Informação”, “Objetivo Não Concretizado”, “Objetivo em Andamento”, “Objetivo Concretizado”.

O comportamento “Atividades Extra Realizadas” abarca todas as atividades que o participante, normalmente, não fazia e que verbalizou ao longo da sessão que tinha feito durante a semana. As atividades realizadas em contexto hospitalar foram excluídas. Durante as sessões foram registados os números de atividade realizadas, segundo os tópicos “Sem Atividade”, “Atividades com a família”, “Atividades com outros Jovens do Hospital” - não contabilizando as atividades realizadas pela iniciativa de um técnico de saúde -, “Atividades de Lazer” como ler e praticar desporto, “Atividades de Vida Diária Instrumental”, por exemplo, as tarefas domésticas e cuidar de animais e familiares, e as “Atividades Relacionadas com os Objetivos” planeados durante as sessões.

Foram ainda registados outros comportamentos que podem ajudar na discussão dos resultados obtidos, nomeadamente, “Assiduidade às Sessões”, a “Criação dos Objetivos”, o “Cumprimento dos Trabalhos de Casa”, e a “Relação Terapêutica”.

O comportamento “Assiduidade às Sessões” apresenta três categorias de resposta, “Desistiu”, “Faltou” e “Frequentou”.

O comportamento “Criação dos Objetivos” compreende informação sobre em que sessão o participante realizou o objetivo.

O comportamento “Cumprimento dos Trabalhos de Casa” inclui “Não apresentava Trabalhos de Casa”, “Não Fez os Trabalhos de Casa”, “Fez Parte dos Trabalhos de Casa” e “Realizou todos os Trabalho de Casa”.

O comportamento “Relação Terapêutica” engloba o conteúdo do discurso do participante durante as sessões, revelador da empatia que este cria com o terapeuta. Este é classificado como “Sem ocorrências”, “Conversa Estimulada – Sem Resposta”, “Conversa Estimulada – Com Resposta”, “Conversa Espontânea – Conteúdo Factual”, “Conversa Espontânea – Conteúdo Emocional”.

De forma a avaliar a perceção de qualidade de vida, perceção de suporte social e a ansiedade e evitamento em situações de desempenho e interação social em jovens com PP foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Questionário de Estado de Saúde (SF-36V2)**

O SF-36V2 (validado para a população portuguesa por (Pedro Ferreira, 2000a; P. Ferreira, 2000b-a, 2000b-b) é considerado uma medida genérica de saúde, que avalia através de 36 itens de autorresposta, 8 dimensões da saúde física e mental (Tabela III). De seguida, explicamos cada uma das dimensões.

- Dimensão Função Física (FF) – é composta por 10 itens (questão 3), que pretendem medir a limitação nas atividades físicas de menor esforço (ex.: tomar banho, vestir...), de maior esforço (ex.: correr) bem como as de esforço intermédio, (ex.: levantar ou pegar nas compras da mercearia).

- Dimensão Desempenho Físico (DF) e Emocional (DE) – inclui 4 itens (questão 4) e 3 itens (questão 5), respetivamente, que medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado, nomeadamente, limitação nas tarefas usuais, necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas.

- Dimensão Dor Corporal (DC) – abarcam a avaliação, por 2 itens (questão 7 e 8), da intensidade e o desconforto causado pela dor, bem como a interferência nas atividades usuais.

- Dimensão Saúde Geral (SG) – contém 5 itens (questão 1 e 11), que permitem medir o conceito de saúde, incluindo a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável.

- Dimensão Vitalidade (VT) - com 4 itens (questão 9, alíneas a, e, g, i), avalia os níveis de energia e de fadiga.

- Dimensão Função Social (FS)– indica, em dois itens (questão 6 e 10), a quantidade e qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente.

- Dimensão da Saúde Mental (SM) – constituído por 5 itens (questão 9, alíneas b, c, d, f, h) que englobam questões relacionadas com a saúde mental como a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos emocionais e o bem-estar psicológico.

- Dimensão Mudança na Saúde (MS) – o respondente, em apenas 1 item (questão 2), informa, com base na sua experiência, a quantidade da mudança em geral da sua saúde (Cadete, 2010; Pedro Ferreira, 2000a; P. Ferreira, 2000b-a; P. L. Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012; Narud, Mykletun, & Dahl, 2005; Yılmaz, Cumurcu, Etikan, Hasbek, & Doruk, 2014).

Tabela III: Componentes do SF-36V2 que avaliam a Saúde Física e Saúde Mental.

Saúde Física	Saúde Mental
FF - Função Física	FS - Função Social
DF - Desempenho Físico	SM- Saúde Mental
DC - Dor Corporal	DE - Desempenho Emocional
SG - Saúde em Geral	
VT - Vitalidade	

A dimensão FF cota os seus itens de 1 a 3, sendo que todas as outras dimensões cotam os itens de 1 a 5, excetuando-se o item 7 cotado de 1 a 7 (Cadete, 2010; Pedro Ferreira, 2000a; P. Ferreira, 2000b-a; P. L. Ferreira et al., 2012; Narud et al., 2005; Yılmaz et al., 2014).

Este questionário é cotado domínio a domínio e, quanto maior for a pontuação do domínio, melhor é a perceção de qualidade de vida nessa área. Para esta afirmação ser verdadeira, é necessário realizar a transformação de parte dos valores podendo esta ser de dois tipos: inversão de valores nos itens das dimensões DC, SG, VT, FS e SM ou recalibração dos valores dos itens das dimensões DC e SG, como se explica detalhadamente na tabela IV (Pedro Ferreira, 2000a; P. Ferreira, 2000b-b).

Tabela IV: Pontuação de cada item do SF-36V2.

Questão	Pontuação de cada item:		
1	Se a resposta for:		
	1		5
	2		4,4
	3		3,4
	4		2
	5		1
2	Manter o valor atribuído ao item		
3, 4, 5, 9 (item: b, c, f, g, i), 10, 11(item: a, c)	Somar todos os valores atribuídos a cada item		
6, 9 (item: a, d, e, h), 11(item: b, d)	Inversão do resultado		
7	Se a resposta for:		
	1		6
	2		5,4
	3		4,2
	4		3,1
	5		2,2
	6		1
8	Se tiver respondido ao item 7 e 8		
	Se o valor do Item 8 for:	Se o valor do item 7 antes da codificação for:	
	1	1	6
	1	De 2 a 6	5
	2	De 1 a 6	4
	3	De 1 a 6	3
	4	De 1 a 6	2
	5	De 1 a 6	1
	Se não tiver respondido ao item 7:		
	1		6
	2		4,75
	3		3,5
	4		2,25
	5		1

A pontuação dos domínios varia de 0 a 100%, correspondendo 0% à pior percepção de qualidade de vida e 100% à melhor percepção de qualidade de vida. Para obtenção deste resultado é necessário aplicar a fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = [(\text{cotação da dimensão} - \text{valor mínimo da dimensão}) / \text{variação} (\text{valor máximo da dimensão} - \text{valor mínimo da dimensão})] \times 100$$

Relativamente à fiabilidade do instrumento, o valor de *Alfa de Cronbach* varia consoante a dimensão, sendo de 0.87 para a dimensão FF, 0,75 para a dimensão DF, 0.84 para a dimensão DC, 0.87 para a dimensão SG, 0.83 para a dimensão VT, 0.60 para a dimensão FS, 0.71 para a dimensão DE e 0,65 para a dimensão SM. Desta forma, os valores de consistência interna excedem os padrões aceitáveis utilizados (P. Ferreira, 2000b-a).

- **World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF)**

O WHOQOL-BREF, versão portuguesa de Vaz Serra (2006), é uma versão reduzida do WHOQOL 100. O WHOQOL 100 avalia a qualidade de vida numa perspetiva transcultural e epidemiológica através de 6 domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. Assim, de forma a facilitar a aplicação deste instrumento foi criado o WHOQOL-BREF constituído por 26 questões; 2 questões gerais, que estão relacionadas com a perceção geral da qualidade de vida e com a perceção geral de saúde e 24 representativas do instrumento WHOQOL 100. Esta versão reduzida é constituída por 4 domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, explicados, de seguida, de forma pormenorizada.

- Domínio Físico: inclui 7 itens (3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho.

- Domínio Psicológico: composto por 6 itens (5, 6, 7, 11, 19 e 26), sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais.

- Domínio Relações Sociais: formado por 3 itens (20, 21 e 22), relações pessoais; apoio social e atividade sexual.

- Domínio Meio Ambiente: abarca 8 itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25), a segurança física; ambiente no lar; recursos económicos; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio lazer; ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima...) e transportes.

Os itens são cotados com uma escala de *Likert* de 5 pontos que avaliam intensidade, capacidade, frequência e satisfação. Para obter o valor total da qualidade de vida, são somados os vários itens, sendo necessário recodificar o valor dos itens: 3, 4 e 26. Em seguida, de forma a tornar os resultados dos domínios comparáveis com os *scores* utilizados no WHOQOL-100, calcula-se, em primeiro, a soma dos itens de cada domínio (resultado bruto), em segundo, converte-se para o intervalo 4 -20 e, por fim, realiza-se a conversão para uma percentagem de 0 a 100. Quanto maior o valor obtido, melhor a qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006; World Health, 1996).

O valor de *Alfa de Cronbach* é de 0.87 para o Domínio Físico, 0.84 para o Domínio Psicológico, 0.64 para o Domínio das Relações Sociais e de 0.78 para Domínio Meio

Ambiente. Estes são valores de consistência interna bastante razoáveis, sendo assim, este instrumento considerado uma medida fiável (Vaz Serra et al., 2006).

- **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A ESSS é um instrumento de autopreenchimento, que permite avaliar a satisfação com o suporte social existente, validado para a população portuguesa por Ribeiro (J. L. P. Ribeiro, 1999). Esta escala é composta por 4 dimensões, especificamente: Satisfação com os Amigos, Intimidade, Satisfação com a Família e Atividades Sociais e 15 itens no total.

O domínio Satisfação com os amigos inclui 5 itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) que medem a satisfação com amizade/amigos.

O domínio Intimidade é composto por 4 itens (itens 1, 4, 5, 6) e mede a perceção da existência de suporte social íntimo.

Do domínio Satisfação com a Família fazem parte 3 itens (itens 9, 10, 11) que medem a satisfação com o suporte social familiar existente.

O domínio Atividades Sociais através de 3 itens (itens 2, 7, 8) mede a satisfação com as atividades sociais realizadas.

Os itens são cotados atribuindo-se o valor 1 a “A” e 5 a “E” menos os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15 que o valor atribuído deve ser invertido. O sujeito deve responder com o grau que concorda com cada afirmação, numa escala de resposta do tipo *Likert*, com cinco posições “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”.

A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens que a constituem, enquanto a pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens (J. L. P. Ribeiro, 1999). No que concerne à pontuação de cada dimensão, uma vez que o número de itens de cada dimensão é diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão também são diferentes. Desta forma, é necessária conversão das pontuações para uma percentagem de 0 a 100. Para tal, quando o programa de cálculo utilizado não o faz automaticamente, pode recorrer-se a uma regra de três simples (J. L. P. Ribeiro, 1999).

A pontuação total pode variar entre 15 e 75 sendo que, quanto mais alta a pontuação, maior a perceção de suporte social. Segundo Baptista, a pontuação da escala foi dividida em três partes, alto suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e baixo suporte social (até 25 pontos) (J. L. P. Ribeiro, 1999).

Os domínios deste instrumento apresentam um valor de *Alfa de Cronbach* que varia entre 0.64 e 0.83, sendo o valor para o global de 0.85, o que revela uma boa consistência interna (J. L. P. Ribeiro, 1999).

- ***Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)***

A EAESDIS é composta por 44 itens que avaliam a experiência de mal-estar, desconforto e ansiedade que expõem socialmente o indivíduo, bem como o evitamento deliberado dessas situações. Esta é uma escala de autopreenchimento em que o inquirido pode referir outras situações não nomeadas. Cada item requer a resposta sobre 2 domínios Desconforto/Ansiedade e Evitamento que sente perante a situação ou que imagina que sentiria se passasse pela mesma. No final, é pedido ao inquirido que indique as 5 situações que provocam maior ansiedade.

Os domínios são cotados com uma escala de *Likert* de 1 a 4 com significado para o Domínio Desconforto/Ansiedade “Nenhum” a “Severo” e para o Domínio Evitamento “Nunca” a “Quase sempre”. Assim, a pontuação final resulta em dois índices, o Índice de Desconforto e o Índice de Evitamento. A pontuação total para cada domínio varia entre 44 e 176, em que quanto mais elevados os valores obtidos maior o nível de ansiedade social sentida e maior o nível de evitamento das situações, respetivamente, para cada domínio (Marçal, 2016; Pinto-Gouveia, Cunha, & do Céu Salvador, 2003) .

Para este instrumento o alfa de *Cronbach* da dimensão Desconforto/ Ansiedade é de 0.92 e da dimensão Evitamento é de 0.95, o que demonstra uma boa consistência interna (Marçal, 2016).

De forma a verificar a perceção de jovens com PP para a adequabilidade do “Kit para Jovens” como processo de intervenção, designadamente em relação à duração do programa, frequência das sessões, pertinência e perceção dos temas abordados, no que diz respeito à formulação e cumprimento de objetivos, foi utilizado o seguinte instrumento de avaliação:

- **Questionário em forma de Entrevista**

O questionário em forma de entrevista estruturada apresenta oito perguntas (As sessões com base no “Kit para Jovens” corresponderam às suas expectativas?; O que achou da frequência das sessões (1º mês – semanal; 2º mês - quinzenal)?; Achou o número de

sessões suficientes?; Para si qual foi a utilidade destas sessões?; O “Kit para Jovens” ajudou-o a criar novos objetivos?; O “Kit para Jovens” ajudou-o a cumprir os objetivos definidos?; Indique os três aspetos mais positivos destas sessões.; e Indique os três aspetos mais negativos destas sessões.).

As entrevistas foram realizadas individualmente, na CPSM-CHSJ, com recurso a gravação áudio. Foram conduzidas sempre pelo mesmo entrevistador -investigador principal- sendo este terapeuta ocupacional e possuidor de conhecimentos sobre o “Kit para Jovens”.

A entrevista iniciou com um breve resumo, feito pelo entrevistador, do percurso realizado durante os meses de intervenção, especificamente, a descrição do projeto e a duração e periodicidade da intervenção. Seguidamente, as questões foram colocadas segundo a ordem descrita acima.

As entrevistas tiveram uma duração de 8 min. 54 seg. para o participante nº 2; 7 min. 24 seg. para o participante nº4 e 8 min. e 29 seg. participante nº 5.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Autorizações

Os procedimentos realizados nesta investigação podem ser divididos em quatro momentos distintos: pedidos de autorização para a realização do estudo, tradução e adaptação cultural e linguística do “Kit para Jovens” para português, realização da intervenção e tratamentos de dados.

Primeiramente, realizou-se um pedido de autorização ao Diretor da CPSM-CHSJ para a realização do estudo neste serviço, um pedido de autorização à Coordenadora da UPJF, para além do pedido de autorização à Comissão de Ética deste hospital, da qual obtivemos resposta positiva. Em seguida, apresentou-se o projeto de intervenção com base no “Kit para Jovens” aos médicos psiquiatras da equipa da UPJF para que ficassem familiarizados com os requisitos do programa, de forma a que estes pudessem sugerir possíveis participantes que beneficiariam da participação neste estudo. Foram também disponibilizados os critérios de seleção dos participantes.

Ao mesmo tempo, foi realizada a **tradução e adaptação cultural e linguística do “Kit para Jovens”** para português, que apresentou 4 etapas.

Na primeira etapa, fase de preparação, contactou-se e pediu-se autorização formal aos autores do instrumento para a realização da tradução.

Na segunda etapa, fase da tradução, foi realizada a tradução da versão original do “Kit para Jovens” em inglês para português de Portugal. Esta tradução foi realizada de forma independente por dois tradutores, terapeutas ocupacionais, cuja língua materna é o português.

Na terceira etapa, fase da reconciliação, existiu uma reunião em que ambos os tradutores discutiram as traduções e as razões para a existência de pequenas diferenças entre elas. De seguida, este primeiro documento de reconciliação foi entregue a um perito que realizou algumas críticas tendo surgido a 2ª versão.

Na quarta etapa, fase de pré-teste, foi aplicada a 2ª versão do “Kit para Jovens” a pessoas com as mesmas características que as deste estudo. Não existindo nenhuma alteração identificada, esta passou a ser a versão definitiva (Wild et al., 2005).

2.3.2 Processo de Intervenção

O **processo de intervenção** foi iniciado no dia 10 de janeiro, com o primeiro contacto com os participantes, onde a investigadora principal lhes foi apresentada pelo elemento de ligação ao Hospital. Depois, iniciou-se um esclarecimento sobre os principais objetivos do estudo e como o mesmo iria decorrer, tendo sido entregue a Informação ao Participante, bem como a Declaração de Consentimento Informado. Os participantes preencheram estes documentos tendo-lhes sido dado o tempo necessário para analisar os documentos e respondeu-se a todas as questões que surgiram. Nesse mesmo dia, depois de aceitarem participar no estudo, numa lógica de pré-teste, foram aplicados os instrumentos de avaliação dos resultados, já supracitados.

2.3.2.1 Programa de Intervenção

De seguida, os elementos da amostra participaram, durante 6 meses, em sessões individuais, nas primeiras três semanas com o objetivo de observação dos comportamentos, de forma a traçar a linha de base e, nas semanas seguintes, em sessões de intervenção com base no “Kit para Jovens”, com uma periodicidade semanal no 1º mês e quinzenal a partir do 2º mês. O período de intervenção foi estipulado devido ao limite de tempo para a realização do estudo e disponibilidade do investigador que realizou as sessões. Por outro

lado, segundo a opinião de especialistas na área, a equipa de investigação concluiu que este seria o tempo mínimo para uma intervenção com resultados, nesta população.

As sessões de intervenção aconteceram de forma semanal no primeiro mês (cinco primeiras sessões) e, depois, de forma quinzenal, o que é explicado pela constituição da intervenção baseada no “Kit para Jovens”:

Esta intervenção começou no dia 17 de janeiro, pelo preenchimento do Primeiro Módulo do *Kit* – Planeando o Meu Futuro. Este módulo permitiu ao participante ter conhecimento sobre as suas capacidades e, numa abordagem positiva, conhecer as suas perspetivas de mudança para a fase adulta, nomeadamente, no que respeita à Informação Pessoal, Informação Social, Atividades Sociais Organizadas e Informais, Informação Escolar, Informação de Trabalho, Depois do Ensino Secundário..., Orçamento/Informação Financeira, Cuidado Pessoal e Competências Necessárias para a Participação nas Tarefas Quotidianas, Transporte, Informação Médica e de Saúde e os Cuidados de Saúde. Em relação ao terapeuta este módulo possibilitou, de uma forma simples, obter conhecimento sobre o utente e estabelecer os principais objetivos terapêuticos. Depois do preenchimento deste módulo, o terapeuta fez um resumo dos tópicos falados como sendo perspetiva para mudança de forma a que o participante pudesse refletir sobre os primeiros objetivos a elaborar. Assim, terminou-se o preenchimento do primeiro módulo com as Fichas de Objetivos. Nas Fichas de Objetivos para além do participante ter escrito o objetivo, este teve de refletir sobre todo o processo que iria levar à sua concretização, considerando também as pessoas a quem podia recorrer. Consoante o/s objetivo/s que cada participante definiu, o terapeuta, em conjunto com o mesmo, preparou as sessões seguintes com tarefas práticas e com o preenchimento dos módulos que o ajudavam a obter mais informação para a concretização do seu objetivo. Desta forma, a intervenção semanal numa primeira fase permitiu ao terapeuta e aos participantes organizar a intervenção de forma à concretização do estabelecido.

A segunda fase, a intervenção quinzenal, possibilitou mais autonomia ao participante para realizar as diferentes tarefas para a concretização dos objetivos. No entanto, de forma a manter a motivação, eram estimuladas tarefas para realizar durante o período entre as sessões, de forma a que ocorresse sempre evolução. Nas sessões, continuou-se o trabalho com tarefas práticas. Por outro lado, realizaram-se mais momentos de educação terapêutica sobre os benefícios da ocupação, equilíbrio ocupacional e/ou estilos de vida; foi ainda utilizada a estratégia de preenchimento de outros módulos não relacionados com os objetivos, de forma a aumentar a consciência do participante sobre as suas dificuldades e

promover a procura de soluções. De realçar que, ao longo das sessões, foi também permitida a reformulação dos objetivos e o acréscimo de novos.

Durante as sessões, numa lógica *ongoing*, o terapeuta foi preenchendo as grelhas de observação de comportamento dos elementos da amostra, como supracitado.

De salientar ainda o papel do terapeuta, durante as sessões de intervenção. Este graduava as tarefas exigidas a cada participante, por forma a facilitar o cumprimento dos seus objetivos através, por um lado, do envolvimento num maior número de atividades bem-sucedidas e, por outro, pela promoção da diminuição dos sentimentos de frustração.

Assim, no total, os elementos da amostra tiveram oportunidade de participar em 15 sessões de intervenção individuais com base no “Kit para Jovens”, com duração média de 1h, tendo estas terminado no dia 18 de julho com a reaplicação dos instrumentos de avaliação utilizados na primeira avaliação. De salientar que na última sessão, de forma a consciencializar o participante para as mudanças estabelecidas e o que deve continuar a trabalhar no sentido da concretização dos objetivos, foi preenchido, com cada um, e para cada objetivo, a Ficha de Objetivos do “Kit para Jovens”, mais especificamente, a “Verificação – Como correu?”. De forma a se tornar mais explícito, na Tabela V, pode-se verificar um resumo das tarefas realizadas em cada sessão.

Tabela V: Resumo das sessões do programa baseado no "Kit para Jovens".

Sessão	Resumo das Sessões
1	Preenchimento do “Planeamento do meu futuro”.
2	
3	Criação dos objetivos.
4, 5, 6 e 7	- Preenchimento dos módulos referente aos objetivos. - Procura de informação para ajudar no preenchimento do módulo e, consequentemente, na conclusão dos objetivos (Escolar – pesquisa sobre os interesses escolares, pesquisa sobre as diferentes formas de educação; pesquisa sobre como aceder a cursos universitários e a formações, ajuda no preenchimento dos formulários...; Trabalho – exploração dos interesses e competências de trabalho, reformulação do currículo, pesquisa de sites de emprego, reforço para a entrega de currículos; verificação da possibilidade de treino no Hospital de Dia Jovem...; Participação Social – exploração dos interesses, procura de informação sobre as atividades do seu interesses no seu local de residência, contacto dos locais para obter mais informações, inscrição...). - Contínuo reforço sobre o trabalho a realizar nos diferentes objetivos.
8	Sessão de partilha - Partilha de dificuldades e criação de estratégias para as colmatar.
9 e 10	Educação Terapêutica sobre os benefícios da ocupação, equilíbrio ocupacional e/ou estilos de vida por forma a promover a procura de soluções.

11	Preenchimento de módulos diferentes aos assuntos relacionados com os objetivos traçados.
12, 13, 14	Criação de novos objetivos. Procura de informação para ajudar no preenchimento do módulo; Reforço do trabalho a realizar sobre os diferentes objetivos. Partilha de dificuldades e criação de estratégias para as colmatar.
15	Verificação dos objetivos. Avaliação dos resultados.

2.3.3 Tratamento de Dados

Por fim, para a realização dos **tratamentos de dados** utilizou-se diferentes metodologias tendo em conta os instrumentos utilizados e os objetivos pretendidos.

Em relação aos instrumentos de avaliação de natureza quantitativa, depois de cotados segundo as regras estabelecidas para cada instrumento, fez-se uma exposição dos resultados individualmente para cada caso, comparando as diferenças entre os dois momentos de avaliação.

Por sua vez, os dados recolhidos pelas grelhas de observação de comportamentos, questionário sociodemográfico e as respostas à entrevista estruturada foram analisados descritivamente recorrendo-se ao programa EXCEL, nomeadamente através de tabelas de frequência absoluta e gráficos que traduzem a evolução ao longo das sessões.

Capítulo III: Resultados

Os resultados são apresentados, em seguida, consoante a informação recolhida sobre cada participante. Para cada participante são apresentados, num primeiro momento, os resultados relativos aos dados de informação geral sobre as sessões como, assiduidade, sessão em que os objetivos foram criados, cumprimento de trabalhos de casa e a relação terapêutica que nos permite justificar os restantes resultados. Num segundo momento, expõem-se os resultados que refletem o nível de participação em atividades e/ou ocupações ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”, numa lógica *ongoing*, nomeadamente, tema dos objetivos criados, a verificação dos objetivos e o envolvimento em atividades extra. Por fim, no terceiro momento, são referidos os dados resultantes dos instrumentos de natureza quantitativa, dados esses apurados em momentos pré e pós-teste. No caso dos participantes 2, 4 e 5 existe, também, um quarto momento, em que se exibem os resultados do questionário em forma de entrevista aplicado no momento pós-teste.

1. Participante 1

1.1 Dados de Informação Geral do Participante 1

O participante 1, como se pode observar na Figura I, frequentou cinco sessões de intervenção e faltou a duas. Na sétima sessão informou o terapeuta, por contacto telefónico, que desistia deste plano de intervenção pois começou a frequentar um curso de formação profissional não apresentando disponibilidade. Por esta razão não se possui dados do pós-teste.

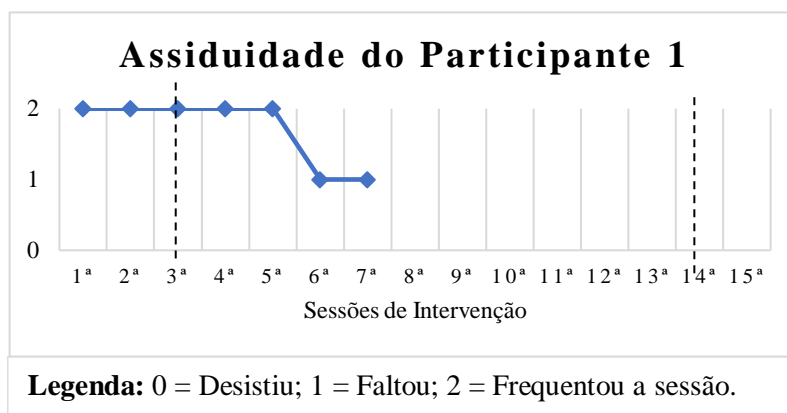


Figura I: Assiduidade do Participante 1 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Durante a participação nestas sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”, este participante, como se pode ver na Figura II, criou, na quarta sessão, dois objetivos diferentes. As três primeiras sessões foram dedicadas, por um lado, ao preenchimento do “Planeamento do meu Futuro” e, por outro, ao auxílio na busca de instituições que aceitassem o trabalho de voluntários na sua zona de residência, de forma a responder a um interesse relatado pelo participante durante o preenchimento desta parte do *Kit* que sentia necessidade de ter o seu tempo mais ocupado.

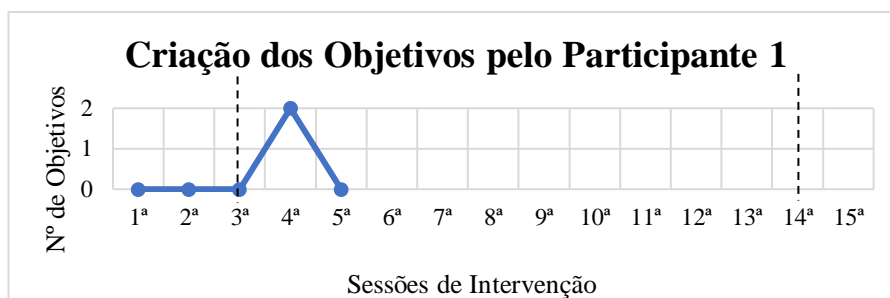


Figura II: Criação dos Objetivos pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Desde a primeira sessão que foram estabelecidos trabalhos de casa a todos os participantes relacionados com a procura de atividades, de forma a contribuir para a diminuição das suas dificuldades relacionadas, principalmente, com a participação social. Assim, na primeira sessão, foi prescrito como trabalho de casa, ao participante 1, a procura de uma atividade de lazer para participar durante a semana seguinte. Este trabalho de casa não foi cumprido sendo que este o justificou pelas suas dificuldades financeiras e limitações ambientais, especificamente, a não existência de atividades de lazer gratuitas na sua zona de residência. Este foi um aspeto importante que ajudou o terapeuta a perceber algumas das limitações à participação do participante, permitindo-lhe criar trabalhos de casa mais adaptados ao caso. Esta adaptação, bem como os conhecimentos dos interesses e motivações do Participante 1 podem justificar a progressão linear positiva visível, através da Figura III, em relação ao cumprimento dos trabalhos de casa.

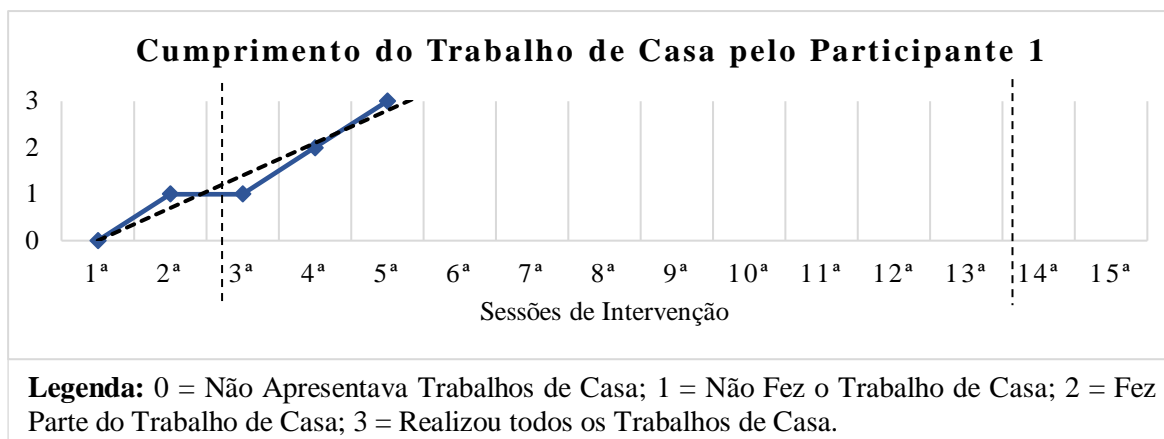


Figura III: Cumprimento dos Trabalhos de Casa pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

No que se refere à relação terapêutica, visível na Figura IV, o participante 1 apresentou também uma evolução positiva, tendo durante uma conversa, respondido a uma questão de carácter mais emocional. No entanto, esta relação terapêutica não estava consolidada pois, denotamos constrangimento para revelar que organizava e participava em atividades de lazer com os colegas do Hospital de Dia Jovem, fora do contexto hospitalar, sendo este facto relatado por outros participantes.

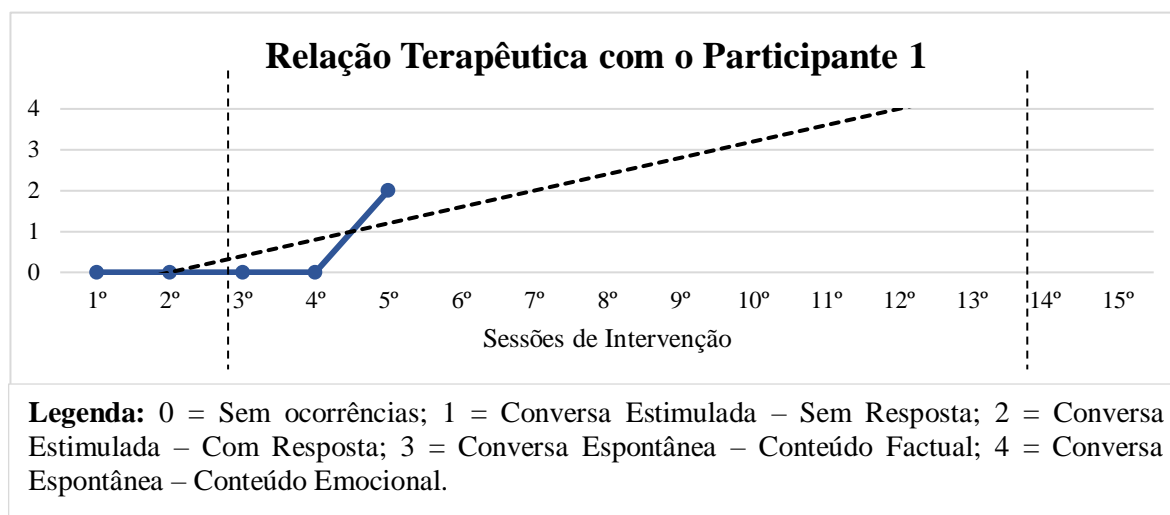


Figura IV: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 1, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

1.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 1

Os dois objetivos criados pelo participante 1, como é visível na Figura V, eram referentes às áreas de ocupação Participação Social e Educação, áreas por si identificadas como objetos de mudança.

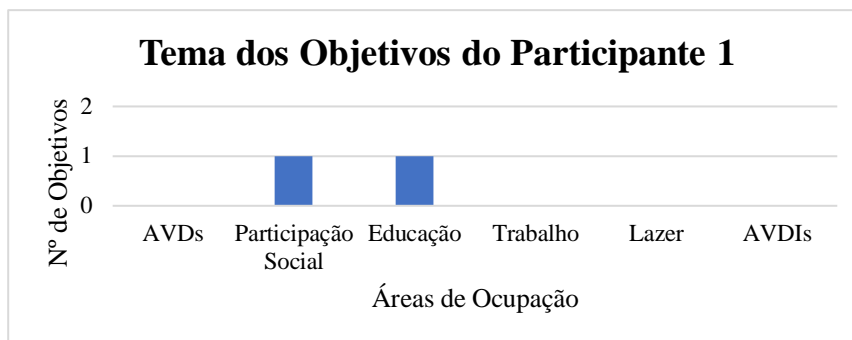


Figura V: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 1 segundo as áreas de ocupação.

Pelo que se pode verificar na Figura VI, não existe informação sobre a concretização do objetivo referente à área de ocupação Participação Social. Apesar de ter sido redigido de uma forma muito geral -“Criar e manter relações sociais”- foi possível concretizar alguns passos do plano traçado, nomeadamente, a exploração da definição de interesses e a procura de atividades relacionadas com os mesmos. Todavia, o envolvimento por parte do participante numa atividade social periódica estava a ser dificultado pela situação económica e limitações ambientais, sobretudo, por não encontrar atividades de interesse na sua zona de residência.

Já no que se refere ao objetivo da área de ocupação Educação, na altura da sua desistência do programa de intervenção, este estava em andamento. Quando foi iniciada a intervenção baseada no “Kit para Jovens” o participante já tinha conhecimento que brevemente ia iniciar um curso de multimédia através do Centro de Emprego, mas tinha algum receio, devido a outras experiências em que teve de desistir. Assim, o objetivo regido consistia no “Terminar o curso de Multimédia” mas, devido ao horário da formação foi impossível continuar nas sessões de intervenção, pelo que não se recolheram mais informações sobre a concretização do objetivo.

Com o objetivo da área de ocupação Educação em andamento, o participante aumentou o seu envolvimento em atividades sociais contribuído, desta forma, para a possível concretização do objetivo relativo à área de ocupação Participação Social.

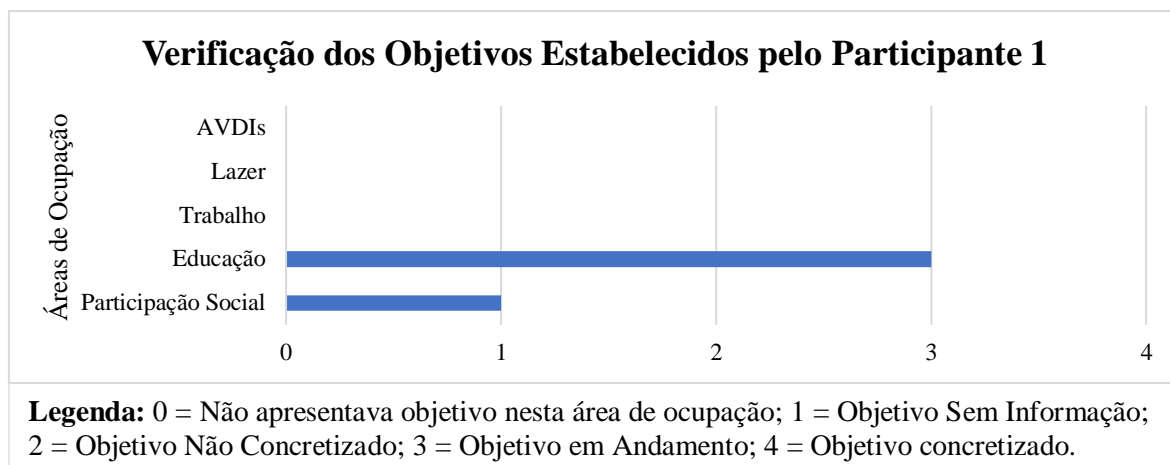


Figura VI: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 1 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" consoante a área de ocupação abordada.

No que se refere aos dados recolhidos sobre as atividades extra no participante 1, não foi registado nenhuma atividade, como se constata na Figura VII. Este facto pode dever-se às suas dificuldades económicas, como já referido, bem como à ausência de relações familiares, que restringiam as suas ocupações às já habituais AVDI e atividades relacionadas com a sua saúde, especificamente, frequentar o Hospital de Dia Jovem. A relação terapêutica não consolidada, como já mencionado, pode também justificar o não relato das atividades de lazer como, por exemplo, impulsionar atividades com os colegas do hospital fora deste contexto. Os profissionais de saúde da UPJF não incentivam este tipo de atividades pois o contexto hospitalar tem como um dos objetivos atender às necessidades das pessoas na interação social, desenvolver competências e promover a participação social através do envolvimento em atividades num ambiente social "seguro". Porém, o fomentar a perpetuação deste ambiente "seguro" aos clientes pode aumentar os sentimentos de separação da comunidade e não atender às suas reais necessidades sociais.

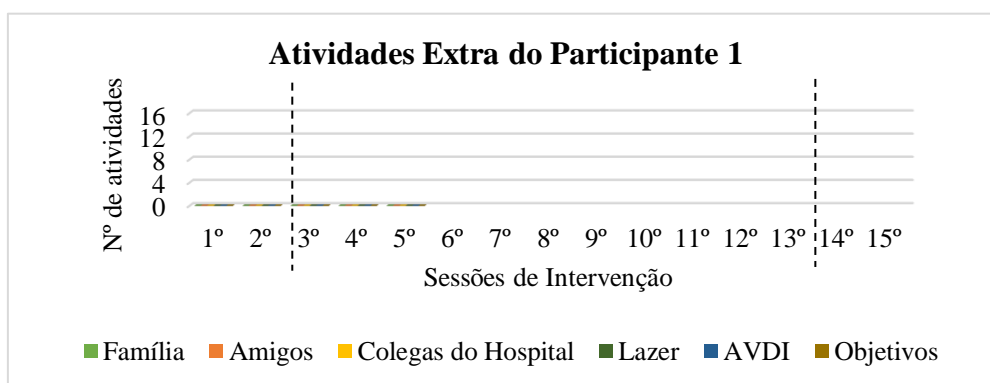


Figura VII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 1 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

1.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 1

O participante 1 apenas apresenta dados relativos ao pré-teste, como já referido.

No que concerne ao *score* do WHODAS II, este participante ostentava um *score* global de incapacidade de 43,58%, segundo a informação retratada na Tabela VI. É de destacar o grau de incapacidade de 81,25% no domínio “Atividades Diárias”. Este valor elevado é justificado pela ausência de atividades relacionadas com o trabalho ou educação. De salientar ainda o valor de 70% no domínio “Relações Interpessoais” que confirma as elevadas limitações do participante. Estes *scores* de incapacidade foram seguidos do domínio “Cognição” – 45,83% e “Participação” – 40,63%, o que mostra que os objetivos onde o participante se centrou foram uma resposta às dificuldades sentidas nestes domínios.

Tabela VI: *Scores* resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II			
Participante 1		Pré-teste	Pós-teste
Cognição		45,83%	Sem Informação
Mobilidade		5,00%	
Autocuidados		18,75%	
Relações Interpessoais		70,00%	
Atividades Diárias	Em Casa	81,25%	
	No Trabalho		
Participação		40,63%	
Score Global de Incapacidade:		43,58%	

No que se refere ao SF-36V2, medida genérica de saúde, identifica-se na Tabela VII que o menor *score* de perceção de qualidade de vida referia-se aos domínios relacionados com a saúde mental sendo o menor SM - 30%, seguido do domínio DE - 33,33%, VT - 43,75%, SG - 45% e FS - 50%. A área da saúde não foi valorizada pelo participante como uma de relevância a ser trabalhada durante o programa de intervenção, apesar do baixo índice de qualidade de vida no domínio da saúde mental.

Tabela VII: *Scores* resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
1	FF - Função Física	100%	Sem Informação
	DF - Desempenho Físico	93,75%	
	DC - Dor Corporal	74%	
	SG - Saúde Geral	45%	
	VT - Vitalidade	43,75%	
	FS - Funcionamento Social	50%	
	DE - Desempenho Emocional	33,33%	
	SM - Saúde Mental	30%	

Por sua vez, na Tabela VIII, identifica-se que o *score* do WHOQOL-BREF apresentava um reduzido valor de perceção de qualidade de vida, principalmente, no domínio “Relações Pessoais” (19%), seguido do “Psicológico” (25%).

Verificou-se que a perceção de qualidade de vida no domínio “Relações Pessoais” era negativamente mais acentuado no WHOQOL-BREF que no domínio FS do SF-36V2. Estes dados vêm ao encontro do grau de insatisfação deste participante com a ausência de apoio por parte de amigos, uma vez que não considera ninguém como tal. Uma das áreas consideradas importantes pelo participante foi, como já se viu, as relações sociais, tendo elegido esse como um dos objetivos a trabalhar.

Tabela VIII: *Scores* resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do WHOQOL-BREF			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
1	Físico	56 %	Sem Informação
	Psicológico	25%	
	Relações Sociais	19%	
	Meio Ambiente	44%	
	Perceção de Qualidade de Vida	2	
	Satisfação com a Saúde	2	

Na Tabela IX, pode-se verificar que o participante 1 demonstrava um *score* total de 31 - “*Score* Médio de Perceção de Suporte Social”. De realçar que o valor do *score* mais baixo foi apresentado pelo domínio “Intimidade” (35%), seguido do domínio “Satisfação com os Amigos” (36%) e “Atividades Sociais” (40%). O domínio “Satisfação com a Família” (60%) apresentava o maior *score* registado neste participante. Apesar deste participante ter relatado que a sua relação com a família se restringia à relação com a sua mãe, esta apoiava-o em todos os aspetos, apresentando, aparentemente, um vínculo afetivo forte, o que pode justificar o valor elevado no domínio “Satisfação com a Família”.

Tabela IX: *Scores* resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.

Score da ESSS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
1	Satisfação com os amigos	36%	Sem Informação
	Intimidade	35%	
	Satisfação com a Família	60%	
	Atividades Sociais	40%	
	Total	31 – <i>Score</i> Médio de Perceção de Suporte Social	

Por fim, verifica-se na Tabela X, que o participante 1 apresentava o *score* da Escala de Desconforto e Ansiedade (120) maior que o da Escala de Evitamento (110). Quando se verificaram os itens respondidos, salientou-se que as situações de maior desconforto e ansiedade para o participante 1 se enquadravam em situações em que este estava no centro das atenções, como por exemplo, falar perante uma audiência, ir a uma entrevista de emprego, fazer um discurso numa festa, ser chamado ao gabinete do chefe, trabalhar enquanto observado. Porém, o participante parece ter consciência que não pode deixar de fazer algumas tarefas, apesar do seu desconforto e ansiedade, o que pode explicar o *score* mais reduzido na Escala de Evitamento.

Tabela X: *Scores* resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 1 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da EAESDIS</i>			
<i>Participante</i>	<i>Domínios</i>	<i>Pré-teste</i>	<i>Pós-teste</i>
1	Escala de Desconforto e Ansiedade	120	Sem Informação
	Escala de Evitamento	110	

2. Participante 2

2.1 Dados de Informação Geral do Participante 2

O participante 2, como se verifica na Figura VIII, frequentou treze sessões das quinze disponibilizadas pelo plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”. As duas faltas foram justificadas por doença.

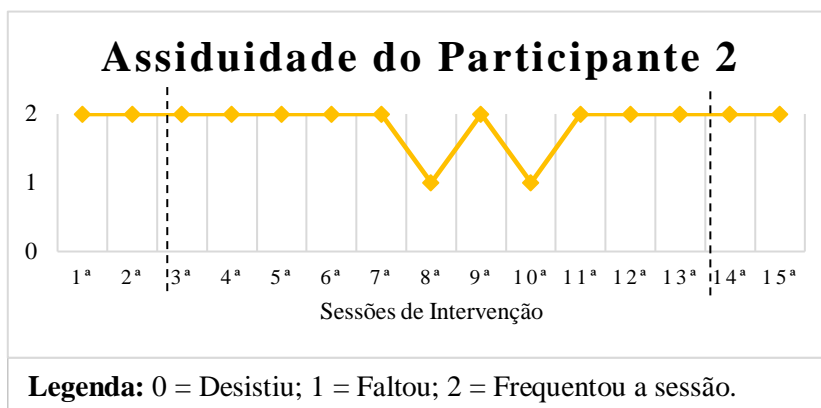


Figura VIII: Assiduidade do Participante 2 às sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

Na Figura IX, verifica-se que este participante, criou objetivos em dois momentos distintos deste plano de intervenção, primeiramente, dois na terceira sessão e, depois, na décima terceira sessão, mais um. Durante as primeiras duas sessões foi preenchido o “Planeamento do meu Futuro”. Na terceira sessão redigiram-se os objetivos, bem como se traçou todo o plano para a sua concretização.

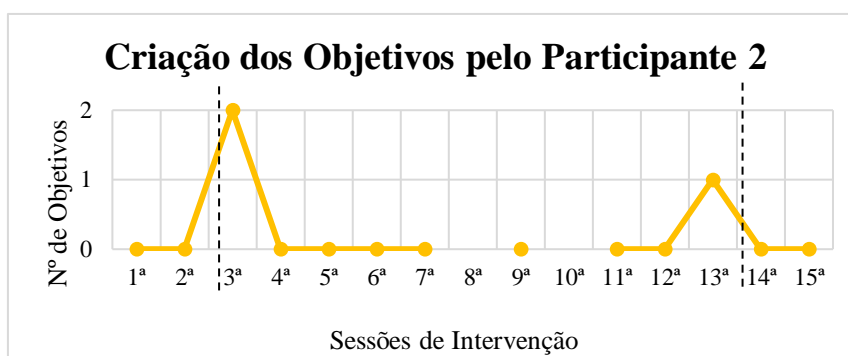


Figura IX: Criação dos Objetivos pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Como se observa na Figura X, a partir da décima segunda sessão o participante 2 cumpriu sempre os trabalhos de casa. O facto de ter faltado duas sessões (oitava e décima sessão) parece ter afetado a evolução deste participante, no que se refere a este item,

conforme se pode ver pela descida dos valores presentes na figura. Por outro lado, é de referir que os trabalhos de casa, a partir da formulação dos objetivos, se concentravam sobretudo em tarefas para a sua concretização. O participante cumpria sempre as tarefas relacionadas com a procura de novas atividades para participar fora do contexto hospitalar, seguindo as pistas referidas pelo terapeuta. No entanto, as tarefas relacionadas com o objetivo da “Educação” ficavam sempre por cumprir, sendo referido pelo participante que evitava fazê-lo devido ao receio em falhar novamente no cumprimento do mesmo. Assim, foram utilizadas diferentes estratégias para reforçar o cumprimento dos trabalhos de casa, tendo parte das sessões sido dedicadas à conclusão destes.

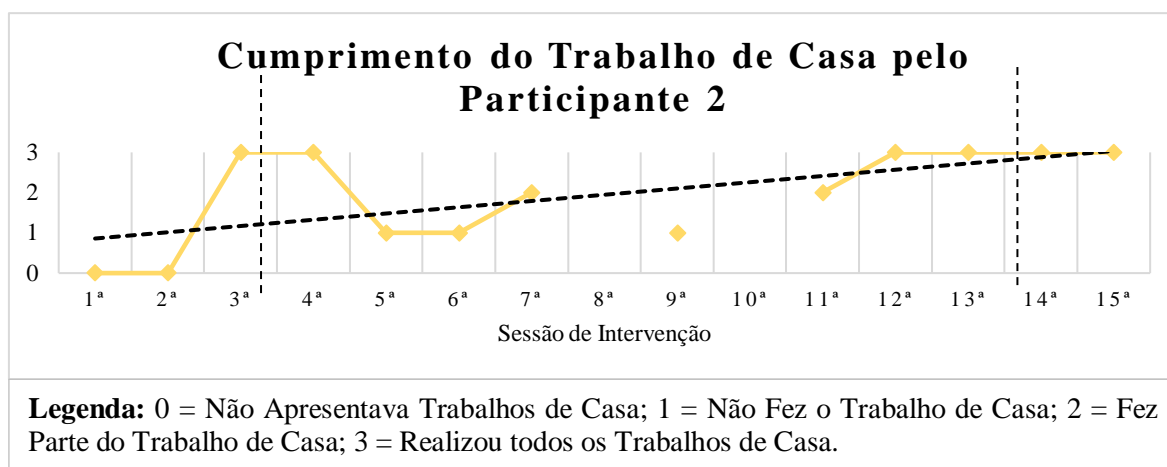


Figura X: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Na Figura XI é possível identificar que ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”, existiam diferentes momentos de conversa espontânea de conteúdo emocional. O período onde se identifica uma melhor evolução encontra-se entre a quinta e a nona sessão. Isto pode ser explicado pelo momento em que o participante 2, como já referido, começa a relatar os seus receios com a concretização do objetivo da área de ocupação “Educação”.

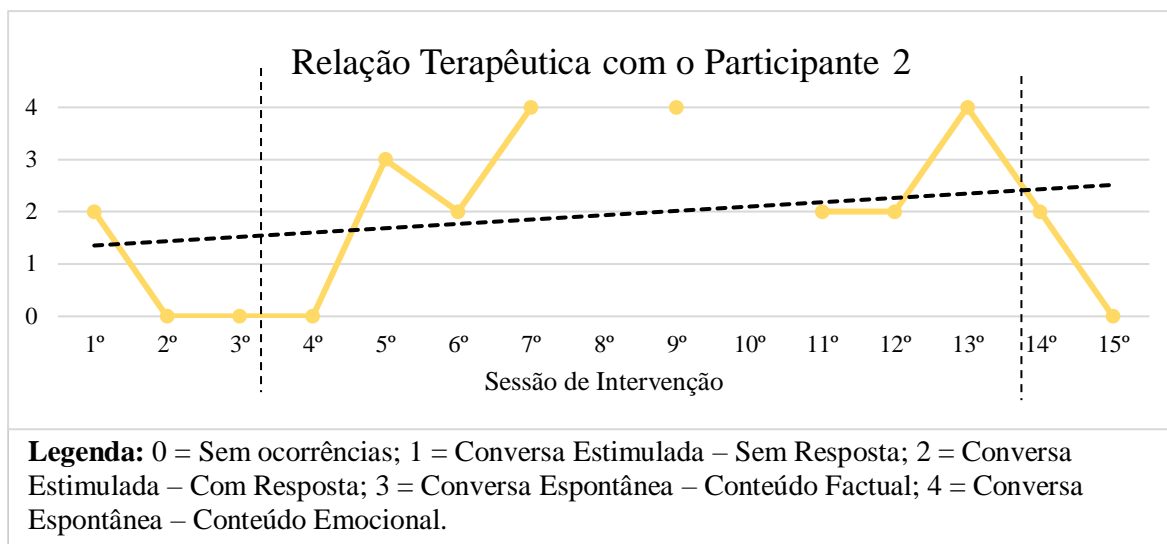


Figura XI: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 2, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

2.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 2

O participante 2 criou objetivos que abrangem as áreas de ocupação que achou necessitarem mais de mudança, nomeadamente, Participação Social, Educação e Trabalho, como se observa na Figura XII.

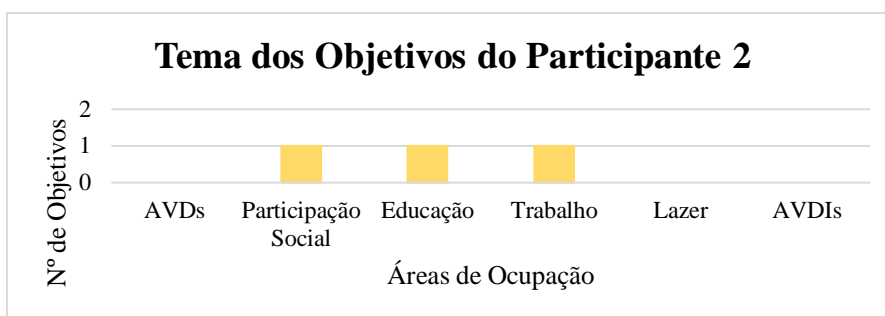


Figura XII: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 2 segundo as áreas de ocupação.

Destes objetivos pode-se referir, segundo a Figura XIII, que a maioria deles estavam *em andamento* no final da intervenção, nomeadamente, os das áreas de ocupação Trabalho e Educação. Apenas o objetivo referente à área de ocupação Participação Social não foi cumprido.

O objetivo da área de ocupação Participação Social foi um dos primeiros objetivos delineados - “Aumentar a participação em atividades sociais, fora do contexto hospitalar” -, pois o seu *insight* sobre as dificuldades apresentadas na criação de relações sociais causava-lhe angústia, conforme referiu. Durante as sessões baseadas no “Kit para Jovens”, o

participante 2 procurou diferentes atividades de grupo e realizou alguns contactos de forma a obter mais informações sobre a atividade e a inscrição.

No entanto, o facto do participante 2 apresentar o objetivo da área de ocupação Educação – “Entrar num curso universitário” *em andamento*, tendo sido este um dos primeiros objetivos a ser estabelecidos, e o facto de se ter candidatado ao ensino superior, implica o aumento de oportunidades para participar em atividades sociais e, consequentemente, criar novas redes sociais.

O mesmo acontece com o objetivo relacionado com o Trabalho – “Arranjar um part-time nas Férias” -, em que o participante revelou querer diminuir a sua dependência e aumentar as relações sociais, através de um emprego na restauração. Durante as últimas sessões, o participante inscreveu-se em alguns sites de procura de emprego, reformulou o seu currículo e começou a entrega destes na sua zona de residência.

Para além disto, ao longo das sessões, o participante divulgou ter estabelecido para si tarefas simples de forma a cumprir objetivos, como organizar o seu quarto vendendo ou deitando para o lixo o material que já não queria. No final das sessões, o participante 2 conseguiu fazer pelo menos sete entregas de material de forma direta a desconhecidos, para além das entregas pelo correio, tendo utilizado plataformas da internet para o efeito. Algumas destas entregas eram realizadas fora do seu local de residência implicando o planeamento de viagens para a concretização da venda.

De referir também que, quando iniciou o processo de intervenção, o participante 2 estava a tirar a carta de condução. Ao longo deste programa de intervenção foi visível o aumento da motivação para participar em aulas de condução. O participante conseguiu cumprir este objetivo o que aumenta as suas possibilidades para o envolvimento em mais atividades. Este objetivo, apesar do participante não o ter delineado formalmente na sessão, pois achava que não precisava de ajuda mas apenas de motivação para participar nas aulas, foi sendo trabalhado pelo terapeuta através de reforço positivo e estruturação de um plano de horas semanais que este devia frequentar para conseguir o cumprimento do objetivo o mais rápido possível.

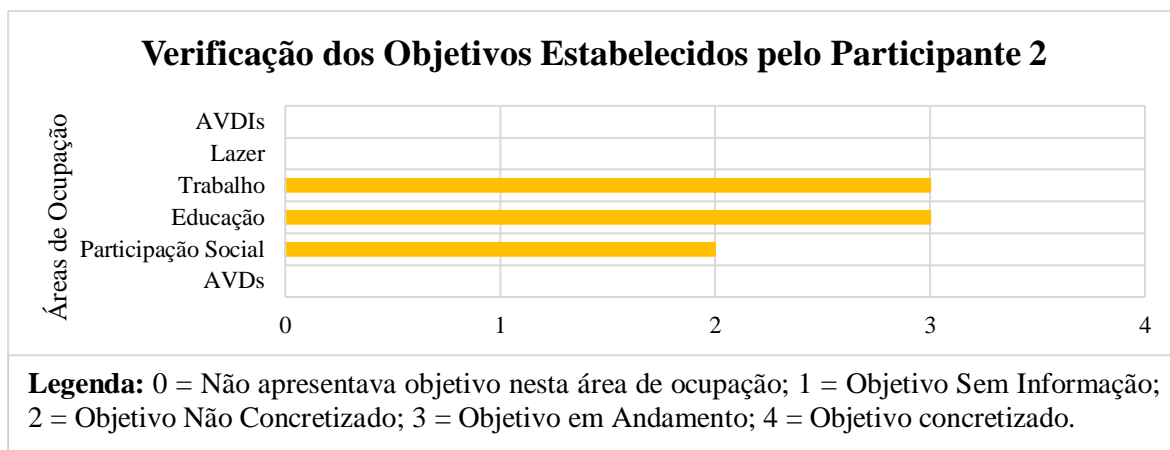


Figura XIII: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 2 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.

Segundo o que retrata a Figura XIV, o participante 2, no início da intervenção, especificamente, nas três primeiras sessões, não referia a participação em nenhum tipo de atividades. Com a definição de trabalhos de casa que reforçavam a procura e participação em atividades de lazer, bem como com o apoio de familiares e colegas do Hospital de Dia Jovem, nota-se um ligeiro aumento da participação em atividades até à sétima sessão. Devido às faltas às sessões por doença, volta a não participar em atividades na nona sessão. Depois da décima primeira sessão, com o maior reforço por parte do terapeuta, foi mais fácil a adaptação das atividades, notando-se um aumento exponencial no número de atividades em que se envolvia. Estas eram sobretudo relacionadas com os objetivos de AVDI (frequência às aulas de condução, venda de objetos, limpeza da casa). Também se nota uma maior participação nas atividades da família.

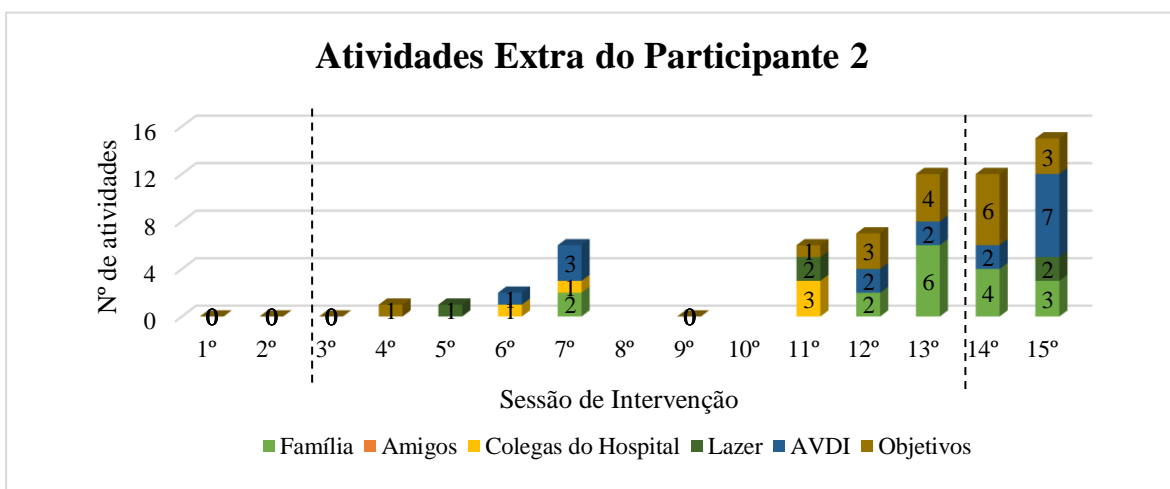


Figura XIV: Atividades Extra realizadas pelo Participante 2 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

2.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 2

Na tabela XI pode-se verificar o *score* do WHODAS II para o participante 2. Este exibiu, da primeira para a segunda avaliação, uma diminuição do *score* global de incapacidade, sendo que no pré-teste apresentava 45,10% e no pós-teste 23,89%. Este foi o participante que apresentou uma maior variação na diminuição de incapacidade (- 21,21%) registada pelo WHODAS II. A mesma diminuição do *score* foi observada ao nível dos domínios. Existiu uma única exceção no domínio “Atividades Diárias” que manteve o valor de 56,25% nos dois momentos, fundamentado pela ausência de atividades relacionadas com a educação e o trabalho. Todavia, já começou a envidar esforços para que esta situação modifique (inscrição na universidade, procura de part-time para as férias). No pré-teste, o domínio que apresentou um maior *score* de incapacidade foi o das “Relações Pessoais” – 70%, seguido do domínio “Participação” – 59,38% e “Atividades Diárias” – 56,25%. No pós-teste houve uma inversão nos domínios, sendo o domínio com maior *score* “Atividades Diárias” - 56,25%, seguido de “Relações Pessoais” – 35% e “Participação” – 25%.

Tabela XI: Scores resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II			
Participante 2		Pré-teste	Pós-teste
Cognição		50%	20,83%
Mobilidade		10%	0%
Autocuidados		25%	6,25%
Relações Interpessoais		70%	35%
Atividades Diárias	Em Casa	56,25%	56,25%
	No Trabalho		
Participação		59,38%	25%
Score Global de Incapacidade:		45,10%	23,89%

No que concerne ao *score* do SF-36V2, medida genérica de saúde, identificou-se, na Tabela XII, um aumento do *score* da perceção de qualidade de vida em todos os domínios da primeira para a segunda avaliação. No pré-teste, o menor valor de perceção de qualidade de vida era evidenciado nos domínios SG - 25% e FS – 25%, seguido da SM – 30%, VT - 31,25% e DE – 41,67%, sendo estes os domínios representativos da saúde mental. No pós-teste, os domínios em que se evidenciou um maior aumento do *score* de perceção de qualidade de vida são o domínio FS – 87,5%, seguido do domínio DE – 100% e SM – 75%.

Tabela XII: Scores resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
2	FF - Função Física	80%	90%
	DF - Desempenho Físico	75%	100%
	DC - Dor Corporal	68,89%	100%
	SG - Saúde Geral	25%	72,72%
	VT - Vitalidade	31,25%	68,75%
	FS - Funcionamento Social	25%	87,5%
	DE - Desempenho Emocional	41,67%	100%
	SM - Saúde Mental	30%	75%

Também no *score* do WHOQOL-BREF existiu um aumento do valor de perceção de qualidade de vida em todos os domínios, à exceção do domínio “Satisfação com a Saúde” que manteve o mesmo valor de 2, segundo a Tabela XIII. No pré-teste, os domínios onde se identificava o menor valor de perceção de qualidade de vida eram “Relações Sociais” – 6% e “Psicológico” – 13%. No pós-teste, o domínio “Psicológico” apresentou a maior variação positiva, aumentando o *score* para 44%. Por sua vez, o domínio “Relações Pessoais” expôs um ligeiro aumento de *score* registando 19%, continuando a ser o domínio com um *score* mais baixo.

Tabela XIII: Scores resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do WHOQOL-BREF			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
2	Físico	50%	69%
	Psicológico	13%	44%
	Relações Sociais	6%	19%
	Meio Ambiente	63%	69%
	Perceção de Qualidade de Vida	2	3
	Satisfação com a Saúde	2	2

Por sua vez, na Tabela XIV, verificou-se que o *score* de perceção de suporte social do ESSS, para o participante 2, aumentou de 27, no pré-teste, para 36, no pós-teste, no entanto, manteve-se a classificação de “Score Médio de Perceção de Suporte Social”. Quanto ao *score* dos domínios visualizamos um aumento, excetuando-se o domínio “Satisfação com a Família” que manteve os 60%. No pré-teste os *scores* mais baixos apresentados referiam-se ao domínio “Atividades Sociais” – 26,60%, seguido de “Satisfação com os Amigos” – 28% e “Intimidade” – 35%. No pós-teste, o domínio “Satisfação com os Amigos” e “Atividades Sociais” aumentaram para 40% e o domínio Intimidade - 55%.

Tabela XIV: Scores resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.

Score da ESSS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
2	Satisfação com os amigos	28%	40%
	Intimidade	35%	55%
	Satisfação com a Família	60%	60%
	Atividades Sociais	26,60%	40%
	Total	27 – Score Médio de Perceção de Suporte Social	36 - Score Médio de Perceção de Suporte Social

Na Tabela XV, pode-se confirmar que, relativamente à EAESDIS, existiu uma diminuição do *score* nas duas escalas pelo participante 2. Este participante diminuiu o desconforto e ansiedade bem como o evitamento na participação. No início, o participante apresentava um *score* mais elevado na Escala de Desconforto e Ansiedade (117) tendo, no final, sido esta a escala que mais diminuiu (94).

Quando verificadas as respostas aos itens, foi visível a diminuição do *score* do desconforto e ansiedade bem como do evitamento no contacto com desconhecidos em conversas de temas comuns e em situações relacionadas com o trabalho.

Tabela XV: Scores resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 2 nos momentos pré e pós-teste.

Score da EAESDIS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
2	Escala de Desconforto e Ansiedade	117	94
	Escala de Evitamento	110	93

2.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 2

Por fim, na tabela XVI, pode-se confirmar a satisfação com a intervenção baseada no “Kit para Jovens”, por parte do participante 2. De salientar ainda que este conseguiu também identificar a utilidade deste tipo de sessões, tal como os aspetos positivos e negativos da mesma.

Tabela XVI: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 2 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.

Participante		2	
Questão		Sim	Não
Expectativas correspondidas	1	0	
Frequência das sessões adequada	1	0	

Eficácia de um Programa de Estruturação de Objetivos Ocupacionais na fase de Transição para a Vida Adulta em Jovens com Perturbação da Personalidade - Estudo de caso.

Número de Sessões Suficiente	1	0
Ajuda na Criação de Novos objetivos	1	0
Ajuda no cumprimento de objetivos	1	0
Utilidade das sessões	- Ajudam no cumprimento dos objetivos; - Informam; - Motivam; - Organizam /Estruturam.	
Aspetos positivos das sessões	- Ajudam a Organizar/Estruturar; - Motivam; - Apoio de um <i>Coach</i>	
Aspetos Negativos das sessões	- Demora para iniciar o cumprimento do objetivo.	

3. Participante 3

3.1 Dados de Informação Geral do Participante 3

O participante 3 desistiu da participação no programa de intervenção, tendo informado da sua desistência por contacto telefónico, por ter começado a trabalhar na empresa da família, o que lhe limitava a disponibilidade. No total, frequentou cinco sessões e faltou a duas, num total de sete, como retratado na Figura XV. Na terceira sessão faltou devido a uma atividade extra, promovida pelo UPJF, no sentido de aumentar a participação em atividades fora do contexto hospitalar. Por sua vez, na sétima sessão não compareceu devido ao falecimento de um membro da família.

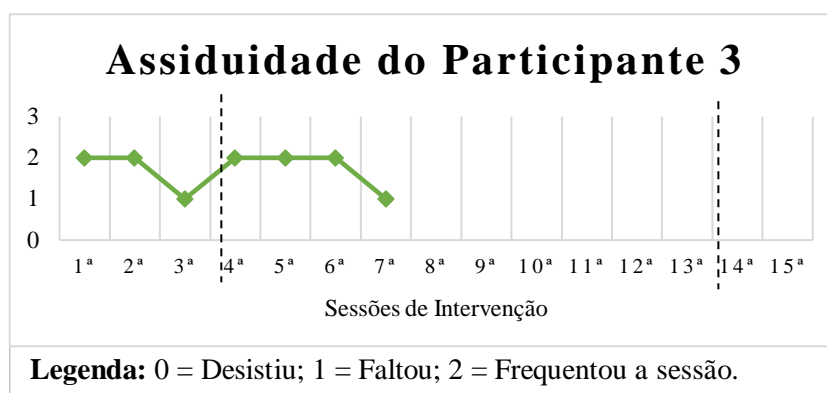


Figura XV: Assiduidade do Participante 3 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Como se pode observar na Figura XVI, antes de desistir, o participante 3 criou dois objetivos diferentes na quarta sessão, que representa a sua terceira sessão frequentada, depois de nas primeiras duas sessões preencher o "Planeamento do Futuro".

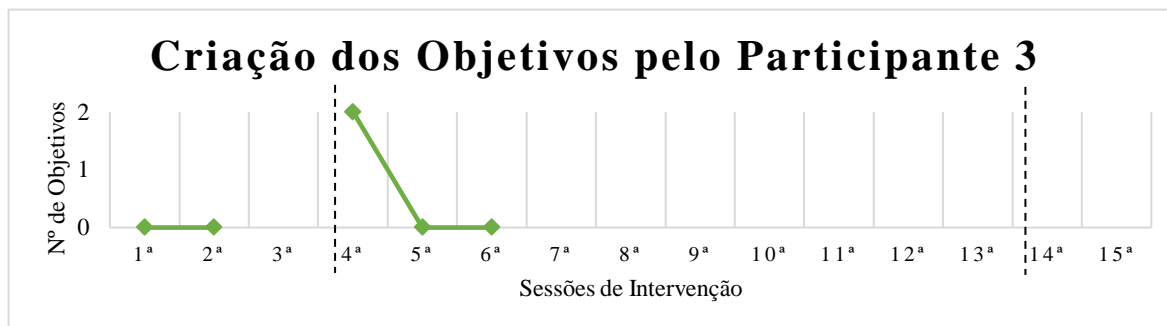


Figura XVI: Criação dos Objetivos pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Em relação ao cumprimento do trabalho de casa, através da Figura XVII, pode-se afirmar que em nenhuma sessão completou todos os trabalhos de casa e numa sessão não os realizou. Os trabalhos de casa não completados referiam-se a tarefas relacionadas com o participar numa atividade de lazer esporádica escolhida por si e com o terminar da sua dissertação de mestrado em Filosofia. O participante apresentava sempre justificações diferentes para não realizar estas tarefa, por exemplo, no que se refere à dissertação de mestrado, referia que apenas queria abordar uma autora específica não percebendo o porquê do orientador não o aceitar.

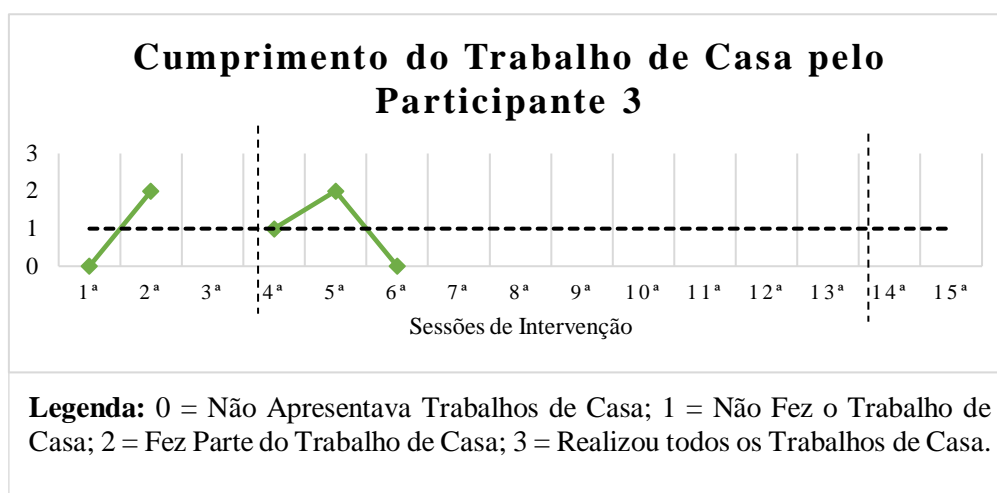


Figura XVII: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

De referir ainda que, no início da intervenção, o participante 3 estabeleceu uma boa relação terapêutica com a investigadora, tendo respondido sempre que questionado, a todas as questões de carácter mais emocional, como se pode observar na Figura XVIII. No entanto, ao longo das sessões vai diminuindo estes momentos de conversa. Este facto pode não traduzir um retrocesso, mas confirmar as dificuldades do participante 3, pois o próprio afirma na primeira sessão que “Falar de mim é mais fácil quando sou questionado” (sic). As primeiras sessões baseadas no módulo “Planeando o meu Futuro” permitem a exploração, por parte do terapeuta, de vários domínios, questionando o participante sobre os mesmos, tendo sido sempre obtida uma resposta. Porém, como nas sessões seguintes o trabalho desenvolvido foi baseado no preenchimento da parte do *Kit* referente aos objetivos e do módulo “Informações do Trabalho”, bem como para realização de algumas tarefas práticas, não existiu a exploração de conceitos por parte do terapeuta.

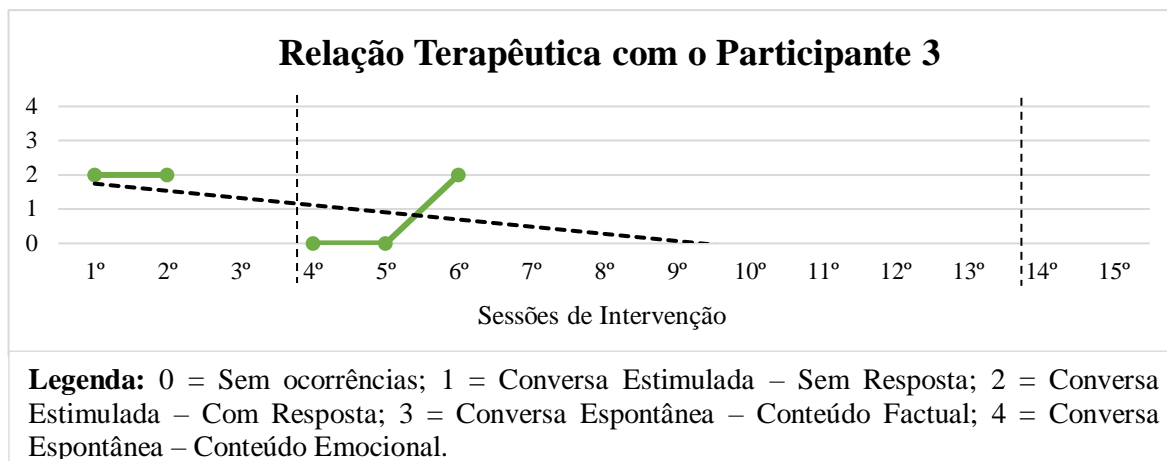


Figura XVIII: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 3, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

3.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 3

Os dois objetivos criados pelo participante 3 correspondiam às áreas de ocupação Participação Social e Trabalho, como se verifica na Figura XIX, mostrando serem estas as áreas que reconhecia necessitarem de maior mudança.

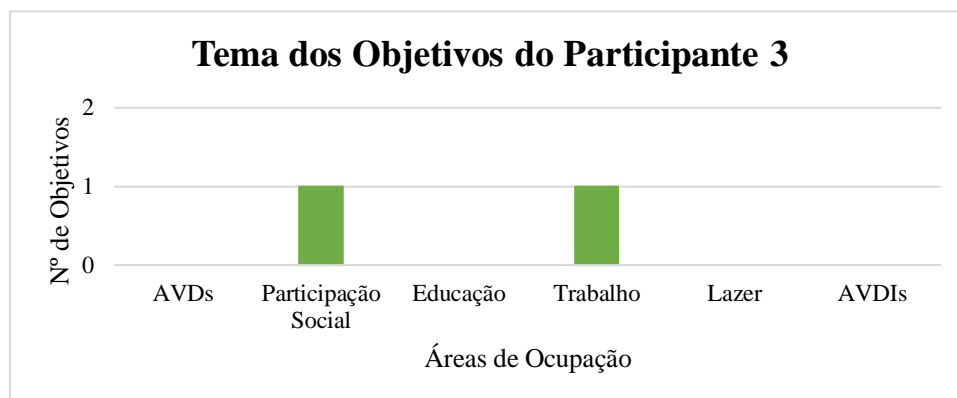


Figura XIX: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 3 segundo as áreas de ocupação.

Sobre estes objetivos redigidos pelo participante 3, não existia nenhum tipo de informação, como se verifica na Figura XX. O objetivo da área de ocupação “Participação Social” referia-se a “Arranjar uma atividade de voluntariado”. Este participante pesquisou algumas instituições, mas não há informação posterior à sua desistência do programa. Em relação ao objetivo na área de ocupação “Trabalho”, este prendia-se com “Encontrar um emprego na sua área de formação – Filosofia”, objetivo este que não cumpriu quando decidiu

começar a trabalhar na empresa da família, tendo ficado responsável pelo arquivo dos documentos.

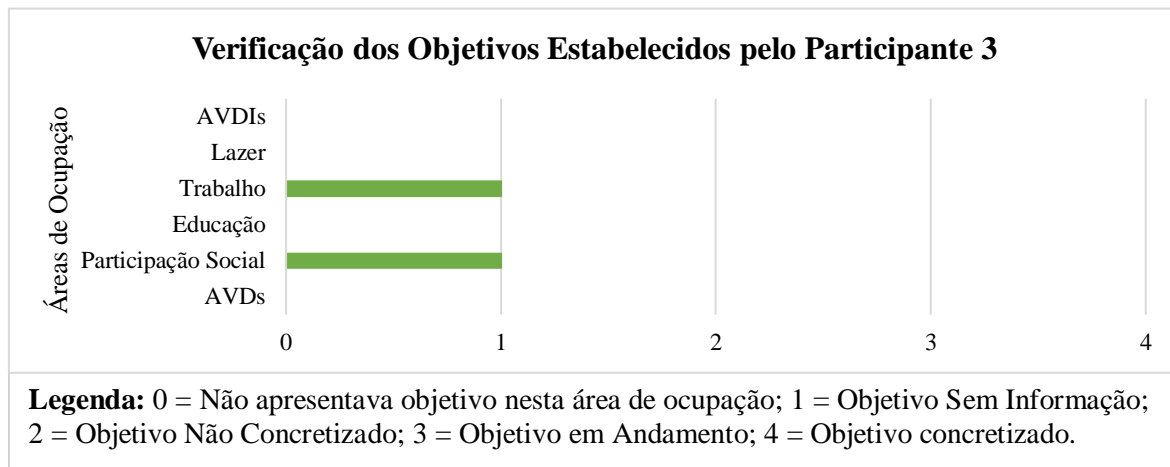


Figura XX: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 3 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.

Segundo a Figura XXI, o participante 3, durante a participação nas sessões de intervenção, apenas se envolvia nas já habituais atividades extra relacionadas com a família, não existindo progressão.

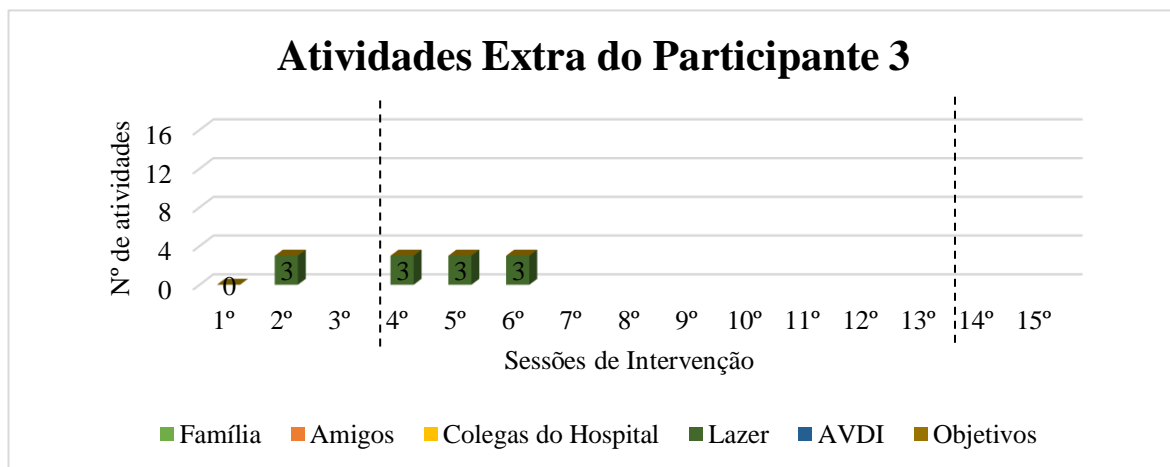


Figura XXI: Atividades Extra realizadas pelo Participante 3 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

3.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 3

O participante 3 apenas apresenta dados relativos ao pré-teste, uma vez que desistiu de participar no plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens” e não apresentou disponibilidade para a aplicação dos instrumentos numa vertente pós-teste.

Relativamente ao *score* do WHODAS II, este participante ostentou como *score* global de incapacidade 27,43%, segundo a informação retratada na Tabela XVII. O maior grau de incapacidade era apresentado pelo domínio “Atividades Diárias” – 53,13%, podendo este *score* elevado ser justificado pela não participação em atividades de trabalho nem de educação. Por outro lado, apesar de ser o valor mais elevado, este podia ainda ser maior se o participante se envolvesse nas tarefas domésticas em casa que, segundo o próprio, não o faz por opção da mãe, não referindo por isso limitações. Também no domínio “Relações Interpessoais” o participante apresentou um valor elevado de 50%, seguido do domínio “Cognição” - 33,33% e Participação – 28,13%. Este não identificou limitações no domínio “Mobilidade” – 0% nem nos “Autocuidados” – 0%.

Tabela XVII: *Scores* resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II		
Participante 3		Pré-teste
Cognição		33,33%
Mobilidade		0%
Autocuidados		0%
Relações Interpessoais		50%
Atividades Diárias	Em Casa	53,13%
	No Trabalho	
Participação		28,13%
Score Global de Incapacidade:		27,43%

No que concerne ao *score* do SF-36V2 reconheceu-se, na Tabela XVIII que, no geral, o participante 3 apresentou valores elevados de perceção de qualidade de vida. De todos os domínios, os que apresentaram o menor valor de perceção de qualidade de vida foram os relacionados à saúde mental, nomeadamente, SM – 45%, seguido do domínio FS – 62%, SG– 65%, VT – 68,75% e DE – 75%.

Nos resultados do WHODAS II do participante 3, identificou-se um grau de limitação médio no domínio “Relações Interpessoais”, o que não vai ao encontro do valor elevado de perceção de qualidade de vida do domínio FS apresentada no SF-36V2.

Quando se observaram os itens do SF-36V2, reparou-se que o participante praticamente não identificou insatisfação em nenhum domínio relacionado com a saúde, referindo mesmo ter uma boa saúde.

Tabela XVIII: Scores resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
3	FF - Função Física	90%	Sem Informação
	DF - Desempenho Físico	100%	
	DC - Dor Corporal	88,89%	
	SG - Saúde Geral	65%	
	VT - Vitalidade	68,75%	
	FS - Funcionamento Social	62,5%	
	DE - Desempenho Emocional	75%	
	SM - Saúde Mental	45%	

Também o *score* do WHOQOL-BREF demonstrou valores mais elevados de perceção de qualidade de vida, como se pode observar na Tabela XIX. Em relação aos domínios, o menor valor de perceção de qualidade de vida foi identificado no domínio “Relações Pessoais” – 50% seguido pelo domínio “Psicológico” – 56%. O domínio “Físico” e “Meio Ambiente” apresentam o mesmo *score* – 69%.

Tabela XIX: Scores resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do WHOQOL-BREF			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
3	Físico	69%	Sem Informação
	Psicológico	56%	
	Relações Sociais	50%	
	Meio Ambiente	69%	
	Perceção de Qualidade de Vida	4	
	Satisfação com a Saúde	4	

No que se refere à perceção de suporte social do participante 3, o *score* total, recolhido pela ESSS, foi de 45 – “Score Médio de Perceção de Suporte Social”. O domínio “Satisfação com a Família” foi o que apresentou o valor mais elevado de perceção de suporte social – 80%, seguido do domínio “Atividades Sociais” – 60%; “Satisfação com os Amigos” – 56% e “Intimidade” – 50%. É de salientar o elevado *score* do domínio “Satisfação com os Amigos” quando o próprio afirma que não reconhece ninguém como amigo.

Tabela XX: *Scores* resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.

Score da ESSS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
3	Satisfação com os amigos	56%	Sem Informação
	Intimidade	50%	
	Satisfação com a Família	80%	
	Atividades Sociais	60%	
	Total	45 – <i>Score</i> Médio de Perceção de Suporte Social	

Por último, na Tabela XXI, pode-se verificar que o *score* do EAESDIS foi menor para a Escala de Desconforto e Ansiedade – 74, do que na Escala de Evitamento – 97. De referir que quando comparados com os restantes participantes, o *score* da Escala de desconforto e Ansiedade foi o menor registado.

Analisando os itens, este participante classificou o seu desconforto e ansiedade em todas as situações como *ligeiro* e *nenhum*. Porém, referiu que evita a maior parte das vezes as atividades que implicam o contacto com os outros.

Tabela XXI: *Scores* resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 3 nos momentos pré e pós-teste.

Score da EAESDIS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
3	Escala de Desconforto e Ansiedade	74	Sem Informação
	Escala de Evitamento	97	

4. Participante 4

4.1 Dados de Informação Geral do Participante 4

O participante 4, como se verifica na Figura XXII, participou, sem faltar, em todas as sessões disponibilizadas pelo plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”, perfazendo no total quinze sessões.

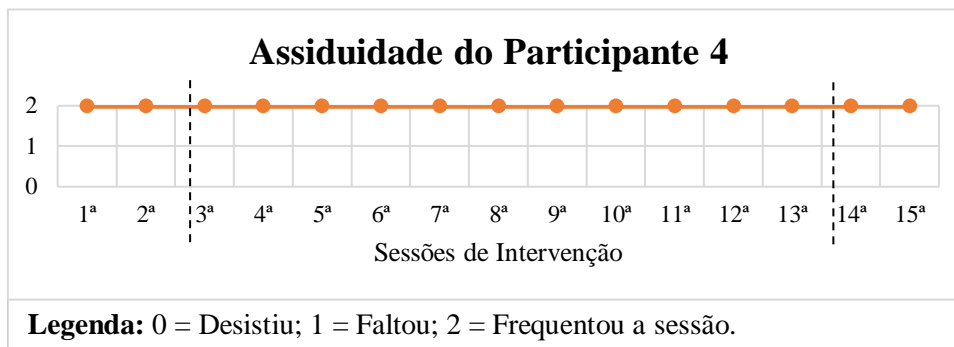


Figura XXII: Assiduidade do Participante 4 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Como se pode verificar na Figura XXIII, o participante 4 criou cinco objetivos ao longo das sessões, tendo isto acontecido em quatro sessões diferentes. Um dos primeiros objetivos criados na terceira sessão era muito geral, estando relacionado com o “Melhorar a participação em atividades”. Ao longo das sessões, passou a mostrar maior facilidade em perceber e concretizar objetivos realistas e que respondiam às necessidades por ele identificadas tendo, na nona sessão, criado um novo objetivo “Criar uma rotina de caminhada, durante 1 hora aos sábados e domingos à tarde”. Esta sugestão teve por base os dados recolhidos durante o preenchimento do “Kit para Jovens”, designadamente, os interesses do participante, a sua dependência financeira e a necessidade de aumentar as atividades relacionadas com o cuidado do corpo, melhorando a sua perceção sobre as suas dificuldades de desempenho ocupacional a este nível.

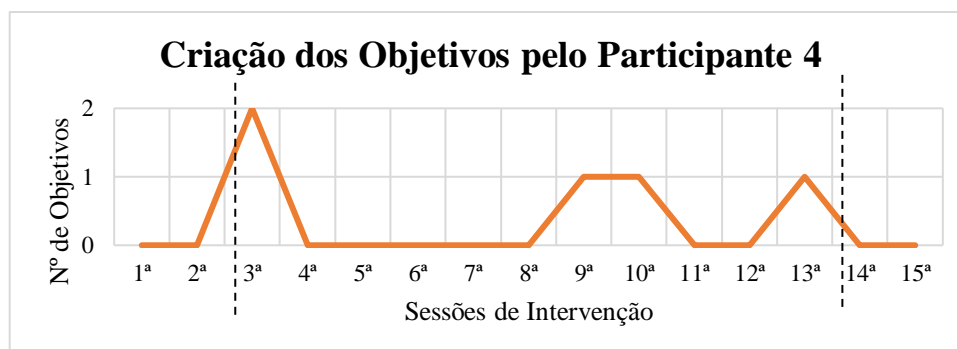


Figura XXIII: Criação dos Objetivos pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Durante as quinze sessões, segundo a Figura XXIV, o participante 4 apenas não realizou qualquer dos componentes do trabalho de casa uma vez, na sexta sessão e, a partir da décima segunda sessão, realizou sempre a totalidade dos trabalhos de casa, verificando-se uma progressão.

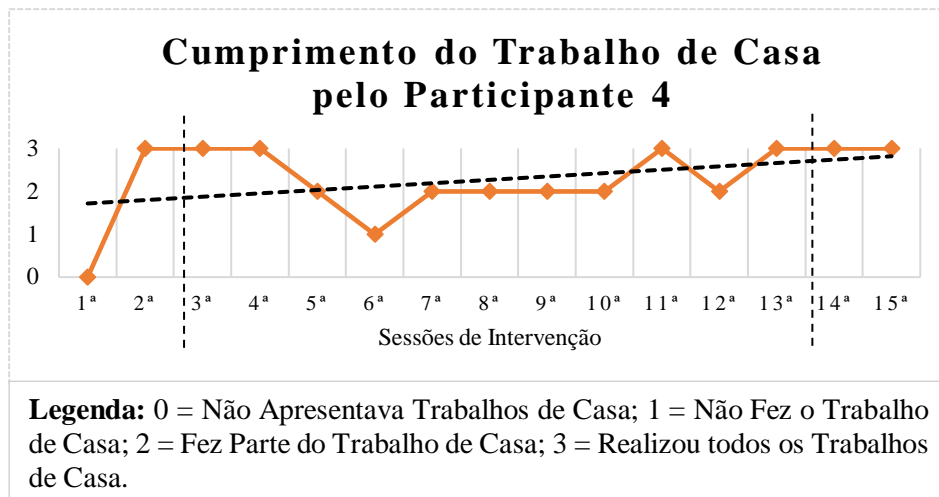


Figura XXIV: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

No que concerne à relação terapêutica, é visível na Figura XXV que, ao longo da intervenção, o participante 4 apresentou vários momentos de conversa espontânea de conteúdo emocional. Estes momentos aconteceram sobretudo na nona, décima, décima terceira e décima quinta sessão onde, referindo-se a uma saída com uma colega a uma festa na comunidade, afirmou: “Não foi fácil, estava muita gente, mas lá me aguentei” (sic). No geral, verifica-se assim uma melhoria exponencial da relação terapêutica.

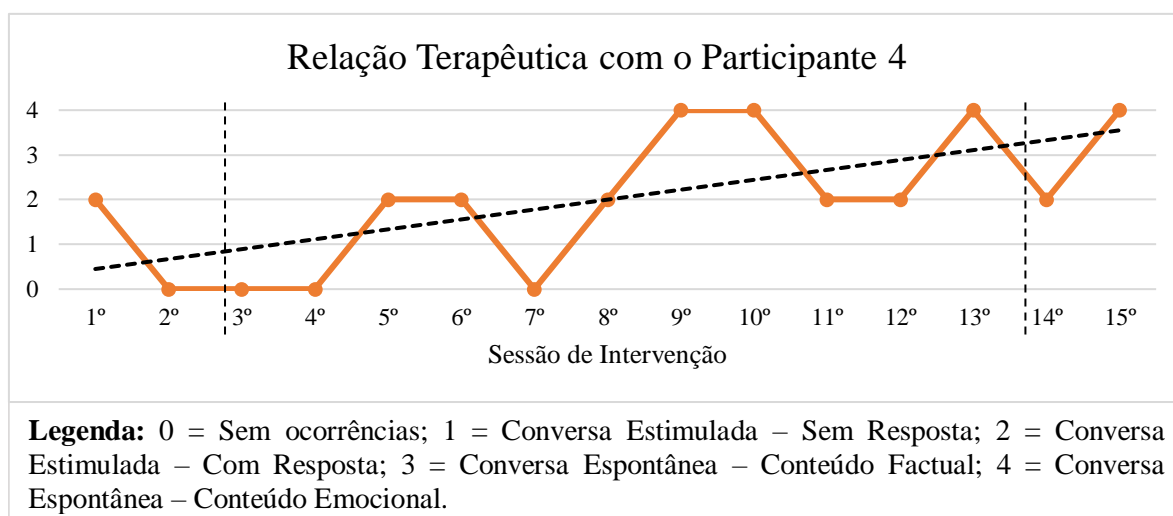


Figura XXV: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 4, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

4.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 4

Os quatro objetivos criados pelo participante 4 enquadraram-se, dois na área de ocupação Participação Social, um relacionado com o “Melhorar as relações familiares” e outro relacionado com “Estabelecer relações de amizade” e os restantes na área de participação no Trabalho e Lazer, tal como se pode verificar na Figura XXVI.

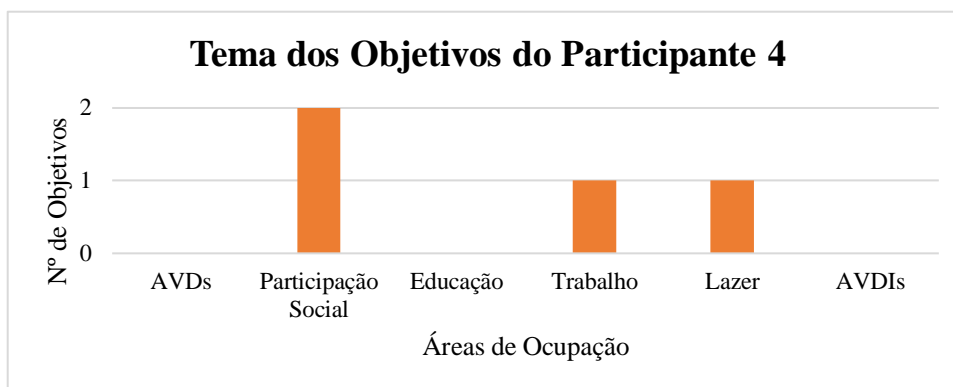


Figura XXVI: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 4 segundo as áreas de ocupação.

Um dos primeiros objetivos a ser estabelecido referia-se à área de ocupação “Trabalho” – “Arranjar um emprego a tempo inteiro”. Este era um objetivo, como se observa na Figura XXVII, que se encontrava *em andamento* no final do programa de intervenção. O participante, durante o período de intervenção, enviou diversos currículos e fez um curso no Centro de Educação e Formação Profissional Integrada (CEFPI). Este curso criou a possibilidade de um mês de formação, seguida de estágio em empresas que pretendem empregar novos profissionais, tendo apresentado uma boa avaliação.

O segundo objetivo a ser criado pertencia à área de ocupação “Lazer” – “Caminhar durante 1h aos sábados e domingos à tarde” e não foi cumprido. É de referir que o participante cumpriu, durante as primeiras duas semanas, o hábito de caminhar ao fim-de-semana, porém, com o iniciar do curso pelo CEFPI, referiu que passou a ter menos tempo livre, deixando, deste modo, de realizar de forma habitual as caminhadas, passando a realizá-las esporadicamente, entre os intervalos da formação.

Ao longo das sessões, o participante 4 foi melhorando a sua perceção sobre as dificuldades ao nível da interação social, mesmo nas relações com familiares em primeiro grau, justificando a sua ausência de interação com os seus progenitores e irmã porque “estes não querem saber de mim” (*sic*), não procurando estabelecer contacto. No entanto, revelou

que este era um dos objetivos mais significativos para si, pelo que elaborou, na nona sessão, o terceiro objetivo da área de ocupação Participação Social “Melhorar as relações familiares, principalmente, com a mãe, pai, irmã e sobrinhos”. Este objetivo foi cumprido, tendo o participante conseguido participar em diferentes atividades, de forma periódica, com os familiares mais próximos, aumentando a sua proximidade e a sua rede de suporte social. Motivado com o facto de ter conseguido uma reaproximação com a sua família, decidiu procurar estabelecer relações de amizade, estabelecendo contacto com alguns antigos colegas, estabelecendo, assim, o quarto objetivo, relacionado com a área de ocupação “Participação Social”. Este objetivo, criado já na décima terceira sessão do programa, não foi concretizado. Todavia, fez alguns contactos e conseguiu mesmo realizar um programa de lazer com uma antiga colega.

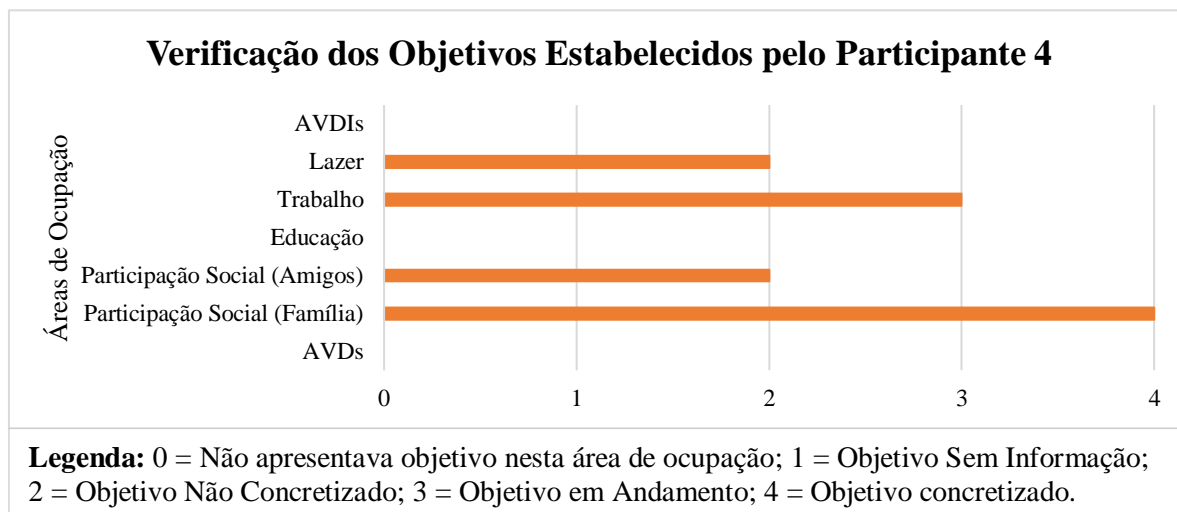


Figura XXVII: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 4 ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens" de acordo com a área de ocupação abordada.

De realçar, como se vê na Figura XXVIII, o aumento de atividades realizadas ao longo das sessões de intervenção. Da primeira à quarta sessão, o participante não relatou nenhuma atividade para além das já habituais idas ao hospital e jogar no telemóvel. Depois da quinta sessão, começou a participar em atividades relacionadas com os objetivos traçados, sendo que se evidencia, a partir dessa sessão, o aumento do número de atividades em que se envolvia e dos contextos de participação, principalmente, as atividades com a família e AVDI, seguido de atividades de lazer e com os colegas do hospital.

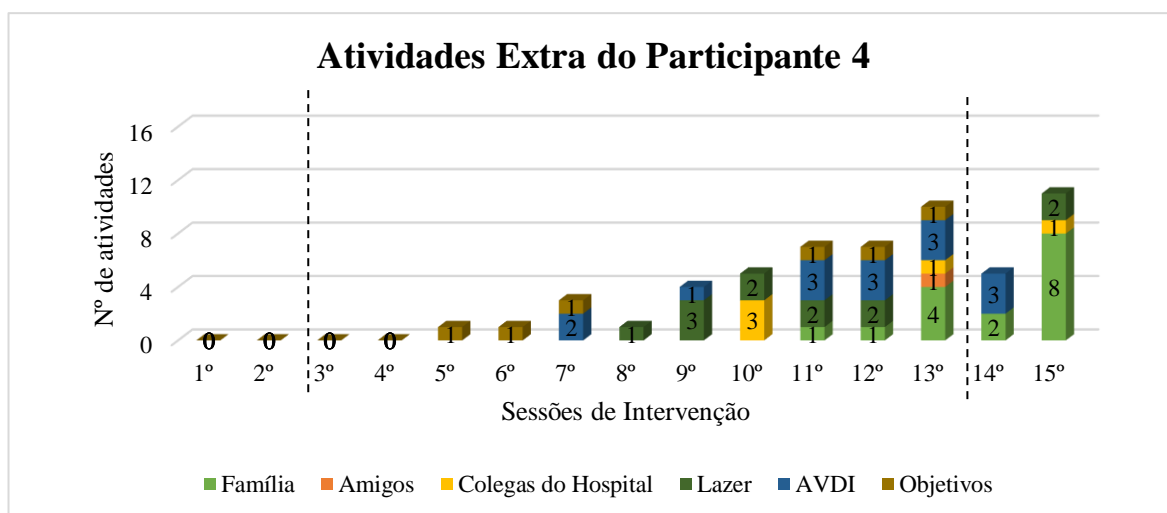


Figura XXVIII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 4 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

4.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 4

Relativamente ao *score* do WHODAS II, verifica-se, na Tabela XXII, que o participante 4 diminuiu o *score* global de incapacidade – de 18,47% para 1,22% bem como a maioria dos *scores* dos domínios, tendo sido o que apresentou, no pós-teste, o menor *score* global de incapacidade. O *score* do domínio “Autocuidados” manteve o valor de correspondente à não limitação – 0% e o domínio “Participação” aumentou o *score* de incapacidade, apesar de ser um aumento praticamente desvalorizável – de 0% para 3,13%. No pré-teste, o domínio que apresentava um maior *score* de incapacidade era o domínio “Atividades Diárias” - 50% explicado pela não existência de um trabalho e educação, seguido do domínio “Relações Interpessoais” - 35% e “Cognição” – 20,83%. No pós-teste, o participante só identificou limitações no domínio “Cognição” – 4,17% e “Participação Social” – 3,13%.

Tabela XXII: *Scores* resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II		
Participante 4		
		Pré-teste
		Pós-teste
Cognição		20,83%
Mobilidade		5%
Autocuidados		0%
Relações Interpessoais		35%
Atividades Diárias	Em Casa	50%
	No Trabalho	
Participação		0%
Score Global de Incapacidade:		18,47%
		1,22%

No que concerne ao *score* do SF-36V2 identifica-se, na Tabela XXIII, um aumento do *score* de qualidade de vida, por parte do participante 4, na maioria dos domínios, nomeadamente no domínio DF e DE com 100%, SM – 75% e VT – 68,75%. No pré-teste, o menor valor de perceção de qualidade de vida era evidenciado nos mesmos domínios VT – 62,5%, seguido de SM – 70%, e de igual forma DE e DF - 75%. De referir ainda que o participante 4 diminuiu o *score* nos domínios FF de 95% para 90% e SG de 82% para 80%, sendo esta diminuição praticamente desvalorizável. Quando se observa a cotação dos itens de cada domínio do SF-36V2 verifica-se que, no domínio FF, o participante 4 baixou a cotação do item “Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se” para “um pouco limitado”, perceção que adquiriu durante o estágio pelo CEFPI como ajudante de cozinha, onde, segundo o próprio, teve dificuldade em realizar diferentes esforços ao qual não estava habituado. A diminuição de item “Parece que adoeço mais facilmente do que os outros” do domínio SG parece também estar relacionado com o estágio pelo CEFPI, em que o participante observava os colegas de trabalho mais velhos que não apresentam queixas físicas na execução das suas tarefas, enquanto que ele apresentava algumas dificuldades na realização dos movimentos.

Tabela XXIII: *Scores* resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
4	FF - Função Física	95%	90%
	DF - Desempenho Físico	75%	100%
	DC - Dor Corporal	100%	100%
	SG - Saúde Geral	82%	80%
	VT - Vitalidade	62,5%	68,75%
	FS - Funcionamento Social	87,5%	87,5%
	DE - Desempenho Emocional	75%	100%
	SM - Saúde Mental	70%	75%

Em relação ao *score* do WHOQOL-BREF, informação visível na Tabela XXIV, existiu também um aumento do valor de perceção de qualidade de vida na maioria dos domínios. No pré-teste, os domínios onde se identificava o menor valor perceção de qualidade de vida era o das “Relações Sociais” – 44%, seguido do “Psicológico” – 56%, “Meio Ambiente” – 63% e, por fim, “Físico” - 81%. No pós-teste o domínio com o valor mais elevado de perceção de qualidade de vida foi o domínio “Físico” – 88%, seguido do “Psicológico”, sendo este o que apresentou uma variação mais positiva, e “Meio Ambiente” com 69%. Existiu uma exceção no domínio “Relações Sociais” que diminui o valor de perceção de qualidade de vida. Quando se verificou a cotação atribuída aos itens deste

domínio, verificou-se uma diminuição da cotação do item “Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos?”. Ao longo das sessões, o participante foi reavaliando as relações sociais que mantinha e, ao tentar entrar em contacto com antigos colegas reconheceu que não tinha nenhuma relação de amizade, razão pela qual, possivelmente, na sua reavaliação deste domínio, lhe atribuiu uma cotação mais baixa.

Tabela XXIV: *Scores* resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Scores do WHOQOL-BREF</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
4	Físico	81%	88%
	Psicológico	56%	69%
	Relações Sociais	44%	19%
	Meio Ambiente	63%	69%
	Perceção de Qualidade de Vida	4	4
	Satisfação com a Saúde	4	4

Na Tabela XXV verificou-se que o *score* global de perceção de suporte social – 39 “*Score* Médio de Perceção de Suporte Social” para o participante 4 se manteve ao longo do tempo. Porém, a maioria dos domínios aumentou o seu *score*, especificamente, nos domínios “Intimidade” – 40% para 45%, “Satisfação com a Família” – 73,33% para 86,66% e “Atividades Sociais” – 33,33% para 46,67%, tendo diminuído apenas o *score* do domínio “Satisfação com os Amigos” – de 60% para 40%, o que vai de encontro ao resultado obtido no domínio “Relações Sociais” do WHOQOL-BREF.

Tabela XXV: *Scores* resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da ESSS</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
4	Satisfação com os Amigos	60%	40%
	Intimidade	40%	45%
	Satisfação com a Família	73,33%	86,66%
	Atividades Sociais	33,33%	46,67%
	Total	39 - <i>Score</i> Médio de Perceção de Suporte Social	39 - <i>Score</i> Médio de Perceção de Suporte Social

Na Tabela XXVI, pode-se confirmar que existiu uma ligeira diminuição do *score* obtido nas duas escalas da EAESDIS pelo participante 4. Assim, pode-se afirmar que este participante diminuiu o seu desconforto e ansiedade bem como o evitamento para participar. No início, apresentava um *score* mais elevado na Escala de Evitamento - 90 tendo, no final, sido esta a escala que mais diminuiu - 85. A Escala de Desconforto e Ansiedade mostrava,

no pré-teste, um valor de 85, tendo diminuído para 84. Apesar da melhoria, este participante foi o que apresentou uma menor variação do *score* entre os momentos pré e pós-teste. No entanto, quando se verificou item a item, aqueles relacionados com atividades que envolvem a interação com estranhos e as interações sociais em locais com muitas pessoas aumentaram, tanto na Escala de Desconforto e Ansiedade como na Escala de Evitamento. Por outro lado, verifica-se uma diminuição do *score* dos itens relacionados com as atividades de interação no trabalho tanto na Escala de Desconforto e Ansiedade como na Escala de Evitamento. Durante o período de intervenção, como já referido, o participante teve a oportunidade de estudar e estagiar, tendo referido que, em ambas as situações, era muito apoiado e que as tarefas eram organizadas segundo os seus conhecimentos e disponibilidade de horário. Assim, o participante demonstrava uma grande satisfação pela participação nestas atividades e, desta forma, estes resultados positivos.

Tabela XXVI: *Scores* resultantes da aplicação da EAESDIS ao Participante 4 nos momentos pré e pós-teste.

Score da EAESDIS			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
4	Escala de Desconforto e Ansiedade	85	84
	Escala de Evitamento	90	88

4.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 4

Por fim, como se verifica na tabela XXVII, pode-se afirmar que o participante 4 se mostrou satisfeito com a intervenção baseada no “Kit para Jovens”. Conseguiu identificar a utilidade deste tipo de programa e os aspetos positivos, não tendo identificado nenhum aspeto negativo da intervenção.

Tabela XXVII: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 4 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.

Participante		4	
Questão		Sim	Não
Expectativas correspondidas	1	0	
Frequência das sessões adequada	1	0	
Número de Sessões Suficiente	1	0	
Ajuda na Criação de Novos objetivos	1	0	
Ajuda no cumprimento de objetivos	1	0	
Utilidade das sessões	- Ajudam no cumprimento dos objetivos.		
Aspetos positivos das sessões	- Ajudam a concentrar no objetivo; - Preparam para a vida fora do hospital.		
Aspetos Negativos das sessões	-----		

5. Participante 5

5.1 Dados de Informação Geral do Participante 5

Em termos de assiduidade, o participante 5, como se verifica na Figura XXIX, frequentou doze sessões das quinze disponibilizadas pelo plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”, faltando a três. As faltas foram justificadas por consultas médicas em outras valências. De referir que, na oitava sessão, o participante 5 passou a frequentar o Hospital de Dia Jovem.

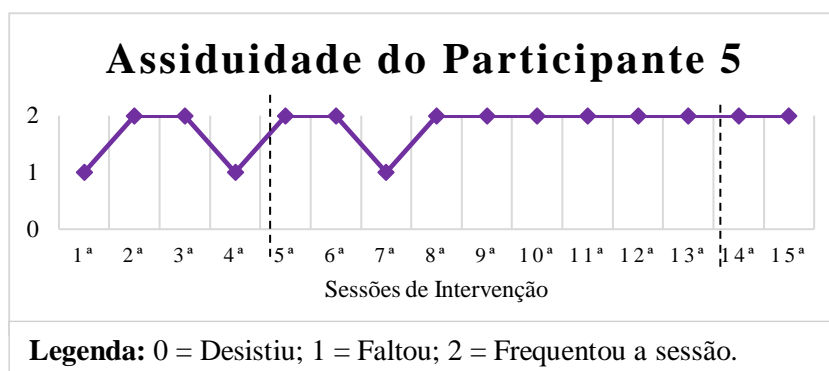


Figura XXIX: Assiduidade do Participante 5 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Verificando a Figura XXX, constatou-se que o participante 5 criou quatro objetivos ao longo das sessões, tendo a sua construção ocorrido em quatro sessões diferentes. Como sucedido com os restantes participantes, o participante 5 preencheu, durante as suas primeiras duas sessões, o módulo “Planeando o meu Futuro” do “Kit para Jovens”. Tendo faltado na primeira e quarta sessão, o primeiro objetivo foi criado apenas na quinta sessão. Os restantes objetivos foram criados de forma muito seguida, um em cada sessão, na oitava, décima e décima primeira sessão, o que coincidiu com o início da intervenção no Hospital de Dia Jovem.

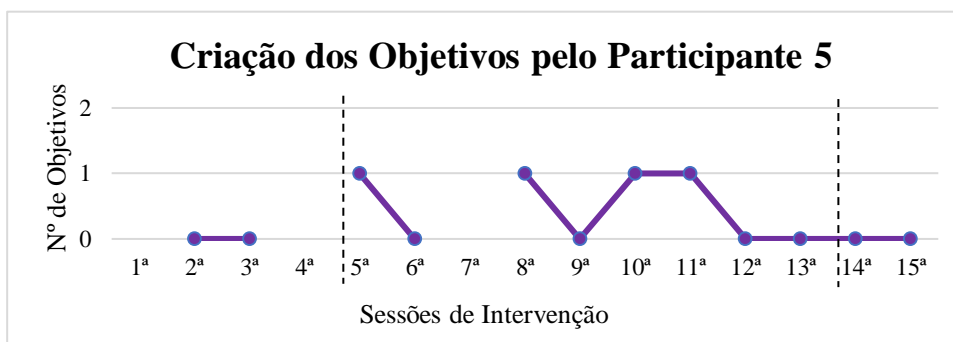


Figura XXX: Criação dos Objetivos pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Em relação ao cumprimento do trabalho de casa, segundo o que se pode observar na Figura XXXI, o participante 5 apenas o cumpriu por completo duas vezes, nas duas últimas sessões. As frequentes faltas, no início da intervenção, faziam com que o participante muitas vezes se esquecesse do trabalho que tinha para realizar. Na quinta sessão acabou por iniciar uma tarefa, que se tornou o primeiro objetivo para, segundo o próprio, compensar o facto de não ter realizado os trabalhos de casa. Quando a periodicidade das sessões passou para quinzenal, começou-se a exigir mais tarefas em cada sessão, no entanto o participante só fazia parte das tarefas, realizando as que lhe davam mais motivação no momento. Porém, a partir da décima segunda sessão, notou-se um maior envolvimento e, a partir desse momento, cumpriu sempre pelo menos parte do trabalho de casa.

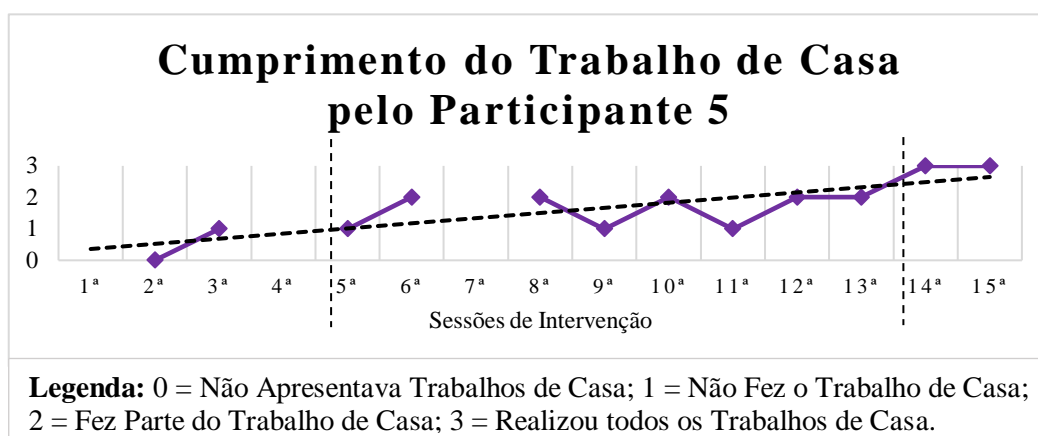


Figura XXXI: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

No que respeita à relação terapêutica, é possível afirmar, segundo na Figura XXXII, que o participante 5, desde o início da intervenção, apresentava conversas espontâneas de carácter emocional.

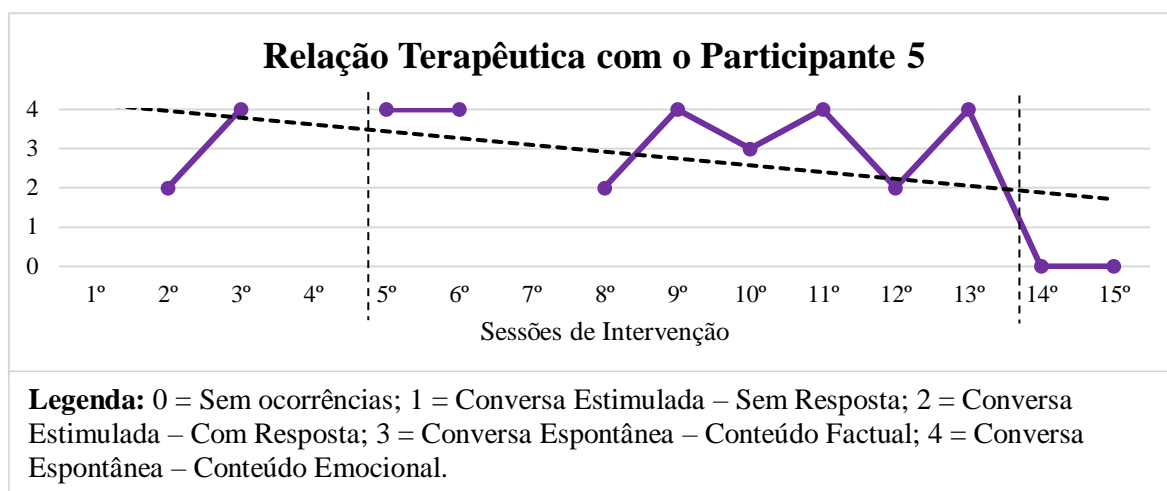


Figura XXXII: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 5, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

5.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 5

Os objetivos criados pelo participante 5, durante as sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”, pertenciam a áreas de ocupação diferentes, abrangendo AVDs, Educação, Lazer e AVDIs, como se observa na Figura XXXIII. O objetivo da área de ocupação AVDs consistia em “Deixar de Fumar”, melhorando o seu estilo de vida. Contudo, por opção da equipa multidisciplinar este objetivo não foi trabalhado durante as sessões, tendo-se realizado psicoeducação no sentido de explicar ao participante que este não seria o melhor momento para o fazer devido à grande situação de *stress* pela qual estava a passar.

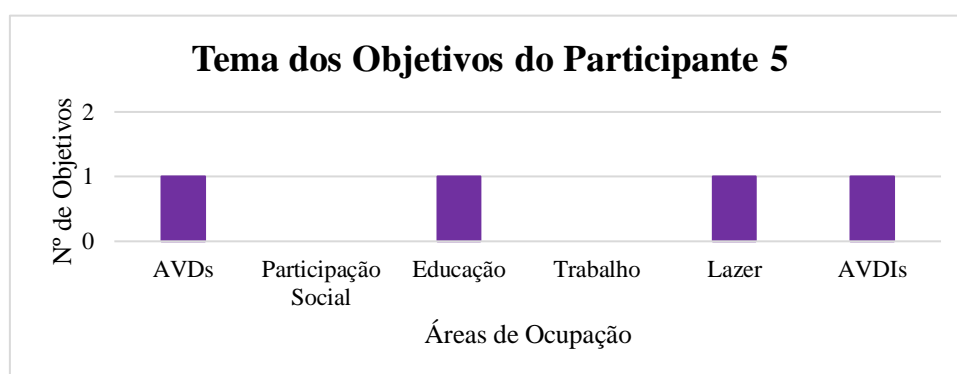


Figura XXXIII: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 5 segundo as áreas de ocupação.

A maioria dos objetivos criados pelo participante 5 estavam *em andamento* ou já *concluídos* no final do programa, como se pode visualizar na Figura XXXIV. A única exceção foi verificada no objetivo da área de ocupação AVDs, o qual, como já referido, foi

uma opção da equipa multidisciplinar. O primeiro objetivo criado, foi na área de ocupação Lazer – “Ir ao ginásio”. O participante inscreveu-se no ginásio porque, segundo o próprio, se sentia culpado por não estar a realizar as diferentes tarefas pedidas, assim, quando chegou à sessão, quis estabelecer esta atividade como objetivo, por forma a não desistir. No início do programa de intervenção frequentava o ginásio duas vezes por semana, indo com um amigo. Ao longo das sessões foi diminuindo a sua participação para, na maioria das vezes, uma vez por semana, no entanto, nunca deixou de ir.

O segundo objetivo da área de ocupação AVDIIs referia-se a “Melhorar a Rotina Diária”. A integração no Hospital de Dia Jovem permitiu ao participante 5 estruturar a sua rotina, criar hábitos de sono e, depois de explorar os diferentes interesses, conseguiu criar vários objetivos. A estruturação da rotina foi possível, particularmente, com atividades em contexto hospitalar. Para o incentivar a reestruturar a rotina com atividades na comunidade, o horário no Hospital de Dia Jovem foi reduzido após o termino das sessões com base no “Kit para Jovens”.

O terceiro objetivo da área de ocupação Educação – “Tirar a carta de condução”, estava também *em andamento*, tendo o participante frequentado diferentes aulas semanalmente e marcado o exame de código.

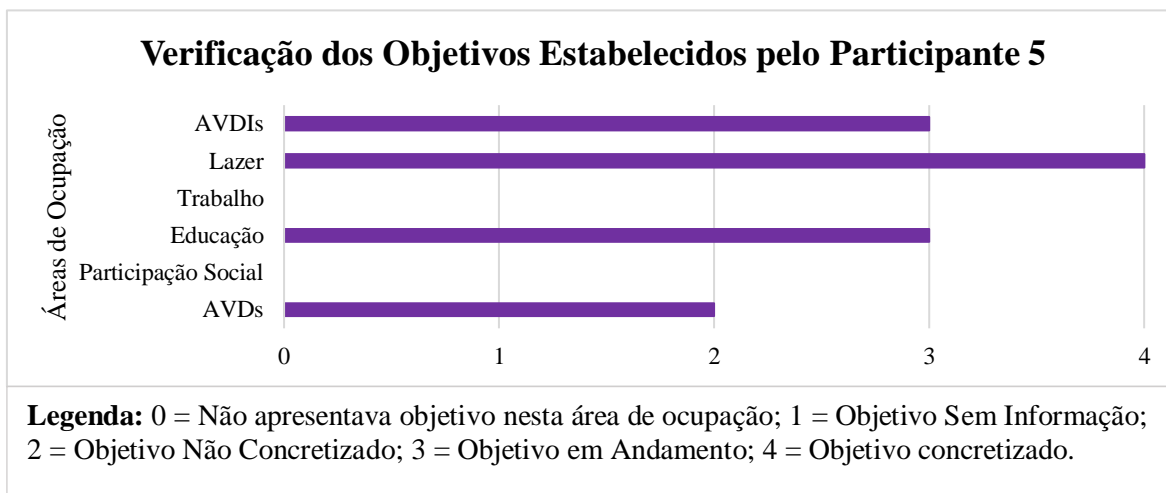


Figura XXXIV: Verificação dos Objetivos Elaborados pelo Participante 5 ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens” de acordo com a área de ocupação abordada.

Em relação às atividades extra, segundo o observado na Figura XXXV, o participante 5, obteve algumas alterações ao nível do contexto da atividade, todavia, as alterações mais notórias foram registadas no aumento do número de atividades em que participou nas sessões finais. O facto do contexto da maioria das atividades extra

desenvolvidas pelo participante 5 pertencerem ao grupo “objetivos” e este ter-se envolvido em atividades no sentido de os concretizar, prova que o participante também evolui no contexto de participação, pois os objetivos representam diferentes áreas de ocupação (AVDs, Educação, Lazer e AVDI).

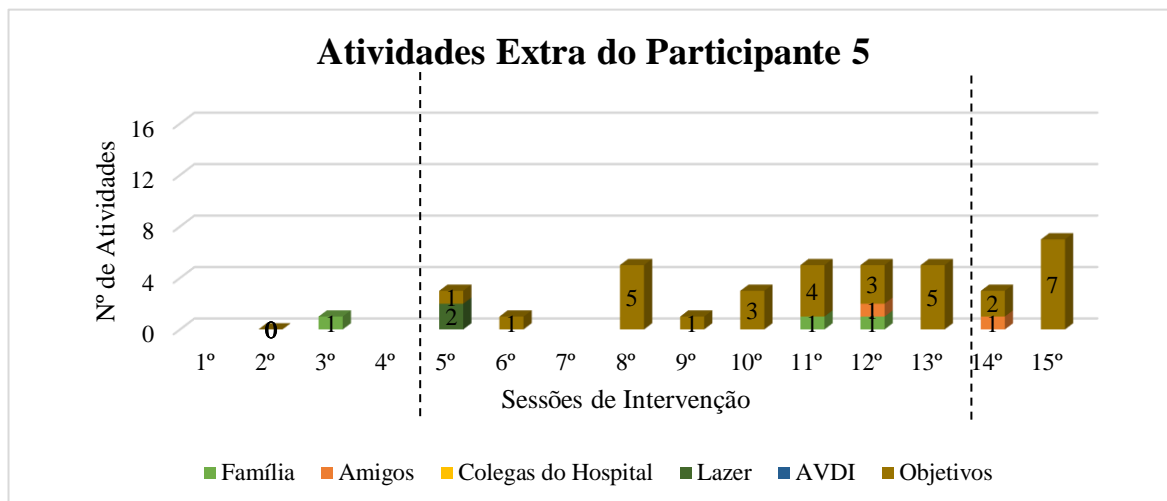


Figura XXXV: Atividades Extra realizadas pelo Participante 5 durante as sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens”.

5.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 5

Os resultados do *score* do WHODAS II, observados na Tabela XXVIII, para o participante 5, demonstraram uma diminuição do *score* global de incapacidade – de 57,33% para 37,81%, o que se refletiu na maioria dos restantes domínios, especificamente “Relações Interpessoais” – 80% para 40%, “Atividades Diárias” – 100% para 40,63% e “Participação” – 65,83% para 43,65%. Apesar da diminuição ocorrida, de referir que este foi o participante que registou o maior *score* de incapacidade no pré e pós-teste. Como exceção, registou-se a pontuação dos domínios “Mobilidade” – 40% e “Autocuidados” -25% que mantiveram o *score* e do domínio “Cognição” que aumentou o *score* de 33,33% para 37,50%, apesar de este ser um aumento residual. Quando se analisam os itens deste domínio, constata-se que os que aumentaram o seu grau de incapacidade referem-se a “iniciar uma conversa” e “aprender a lidar com problemas da vida quotidiana”, tendo diminuído a limitação dos itens relacionados com a concentração e memória “concentrar-se a fazer algo durante dez minutos” e “lembrar-se de fazer coisas importantes”.

Tabela XXVIII: Scores resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II		
Participante 5		
		Pré-teste
		Pós-teste
Cognição		33,33%
Mobilidade		40%
Autocuidados		25%
Relações Interpessoais		80%
Atividades Diárias	Em Casa	100%
	No Trabalho	
Participação		65,63%
Score Global de Incapacidade:		57,33%
		37,81%

Relativamente ao *score* do SF-36V2, identifica-se, na Tabela XXIX, uma melhoria da perceção de qualidade de vida da primeira para a segunda avaliação, por parte do participante 5, na maioria dos domínios, nomeadamente no domínio DC – 84% para 90%, SG – 30% para 40%, FS – 0% para 25%, DE – 33,33% para 50% e SM – 30% para 35%, domínios estes relacionadas com a Saúde Mental. O participante 5 apresentou também uma diminuição do *score* dos domínios FF de 75% para 70% e VT de 12,5% para 0% e manutenção do *score* do domínio DF em 100%. Em relação ao domínio FF quando se verificou a pontuação item a item, foi possível identificar o aumento do *score* no que se referia às atividades consideradas de esforço violento e moderado e uma diminuição nas atividades mais leves.

Tabela XXIX: Scores resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
5	FF - Função Física	75%	70%
	DF - Desempenho Físico	100%	100%
	DC - Dor Corporal	84%	90%
	SG - Saúde Geral	30%	40%
	VT - Vitalidade	12,5%	0%
	FS - Funcionamento Social	0%	25%
	DE - Desempenho Emocional	33,33%	50%
	SM - Saúde Mental	30%	35%

O *score* do WHOQOL-BREF, informação visível na Tabela XXX, exibia, contrariamente ao SF-36V2 um aumento do valor de perceção de qualidade de vida no domínio “Físico” de 50% para 63%. Quando se fez uma análise item a item, chegou-se à conclusão que o aumento da pontuação se devia à melhoria da perceção do participante em

relação ao seu desempenho nas diferentes tarefas. No domínio “Meio Ambiente” quando se analisaram os itens, constatou-se uma diminuição do *score* dos itens “Ter dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades”, “Satisfação com o serviço de saúde” e “Satisfação com os transportes que utiliza”.

Tabela XXX: *Scores* resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Scores do WHOQOL-BREF</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
5	Físico	50%	63%
	Psicológico	31%	31%
	Relações Sociais	75%	56%
	Meio Ambiente	81%	75%
	Perceção de Qualidade de Vida	2	3
	Satisfação com a Saúde	2	2

Na Tabela XXXI, verifica-se que participante 5 aumentou o *score* global de perceção de suporte social para 56, mantendo a designação de “*Score* Alto de Perceção de Suporte Social”. Este foi o participante que registou o valor mais elevado de perceção de suporte social tanto no pré como no pós-teste. A variação positiva do *score* global deveu-se ao aumento do *score* dos domínios “Satisfação com a Família” – 73,33% para 80% e “Atividades Sociais” – 60% para 86,67% devido ao aumento de envolvimento em atividades que envolviam o contacto social.

Os domínios “Satisfação com os amigos” e “Intimidade” diminuíram o seu *score* para, respetivamente, 80% para 76% e de 65% para 60%.

Tabela XXXI: *Scores* resultantes da aplicação da ESSS ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da ESSS</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
5	Satisfação com os amigos	80%	76%
	Intimidade	65%	60%
	Satisfação com a Família	73,33%	80%
	Atividades Sociais	60%	86,67%
	Total	53 – <i>Score</i> Alto de Perceção de Suporte Social	56 – <i>Score</i> Alto de Perceção de Suporte Social

Na Tabela XXXII, pode-se confirmar que existiu uma diminuição do desconforto e ansiedade bem como do evitamento à participação, justificada pela diminuição do *score* da EAESDIS nas duas escalas pelo participante 5. De realçar que este participante era o que

registava um valor mais elevado, no pré-teste, nas duas escalas - 125, porém, no pós-teste, foi quem apresentou uma maior variação, apresentando um *score* de 89.

Tabela XXXII: *Score* resultante da aplicação da EAESDIS ao Participante 5 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da EAESDIS</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
5	Escala de Desconforto e Ansiedade	125	89
	Escala de Evitamento	125	89

5.4 Resultados do Questionário em forma de Entrevista Aplicado no Momento Pós-teste ao Participante 5

Por último, através da observação da Tabela XXXIII, pode-se referir que o participante 5 se mostrou satisfeito com a intervenção baseada no “Kit para Jovens”, referindo, no entanto, que o número de sessões era insuficiente para as mudanças que esperava obter. Tirando este aspeto, conseguiu identificar a utilidade das sessões e os seus aspetos positivos. Não identificou nenhum aspeto negativo.

Tabela XXXIII: Resultados do Questionário em forma de Entrevista ao Participante 5 que realizou todo o plano de intervenção baseado no “Kit para Jovens”.

Participante		5	
Questão		Sim	Não
Expectativas correspondidas	1	0	
Frequência das sessões adequada	1	0	
Número de Sessões Suficiente	0	1	
Ajuda na Criação de Novos objetivos	1	0	
Ajuda no cumprimento de objetivos	1	0	
Utilidade das sessões	- Ajudam a estabelecer objetivos; - Informação; - Organizam/ Estruturam.		
Aspetos positivos das sessões	- Colocam em prática; - Ajudam a estabelecer uma rotina.		
Aspetos Negativos das sessões	-----		

6. Participante 6

6.1 Dados de Informação Geral do Participante 6

Como se observa na Figura XXXVI, o participante 6 desistiu na sétima sessão do programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens”, tendo frequentado cinco sessões. A desistência foi anunciada por contacto telefónico, justificando que tinha começado a trabalhar, não apresentando disponibilidade para participar nestas sessões.

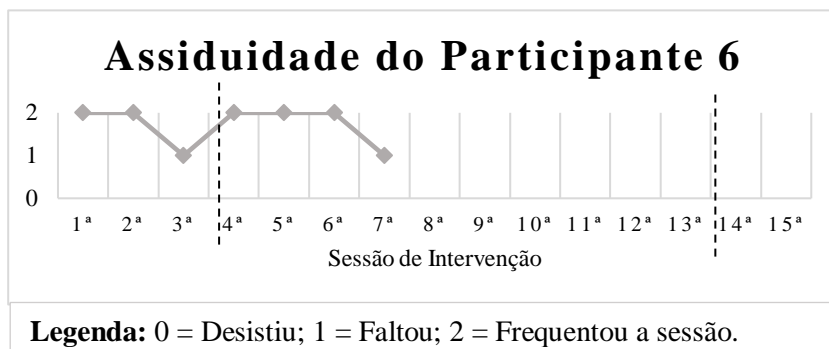


Figura XXXVI: Assiduidade do Participante 6 às sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Este participante criou quatro objetivos na segunda sessão desta intervenção como se pode observar na Figura XXXVII. Este foi o participante mais rápido a responder ao módulo do “Kit para Jovens” - “Planeando o Meu Futuro”, bem como o que criou mais objetivos numa sessão.

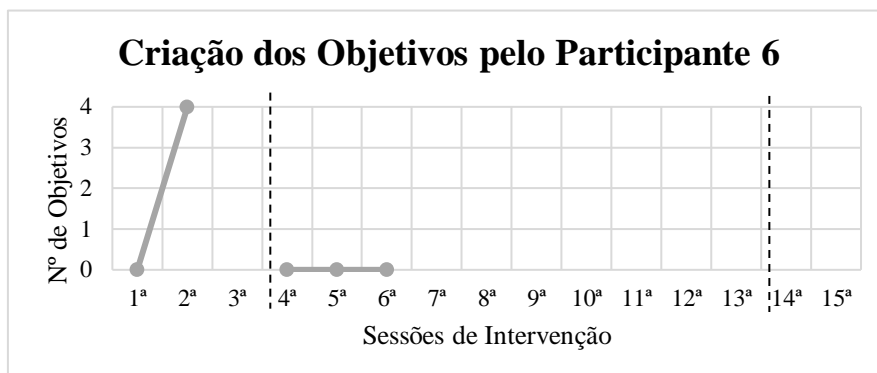


Figura XXXVII: Criação dos Objetivos pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

Em relação ao trabalho de casa, observa-se na Figura XXXVIII que o participante 6, durante as sessões em que participou, cumpriu sempre parte dos trabalhos. Este participante justificava a não realização da sua totalidade por falta de motivação e tempo por causa da

sua filha menor. As atividades referentes a encontrar um local para fazer voluntariado perto da zona de residência foram sempre as tarefas mais cumpridas.

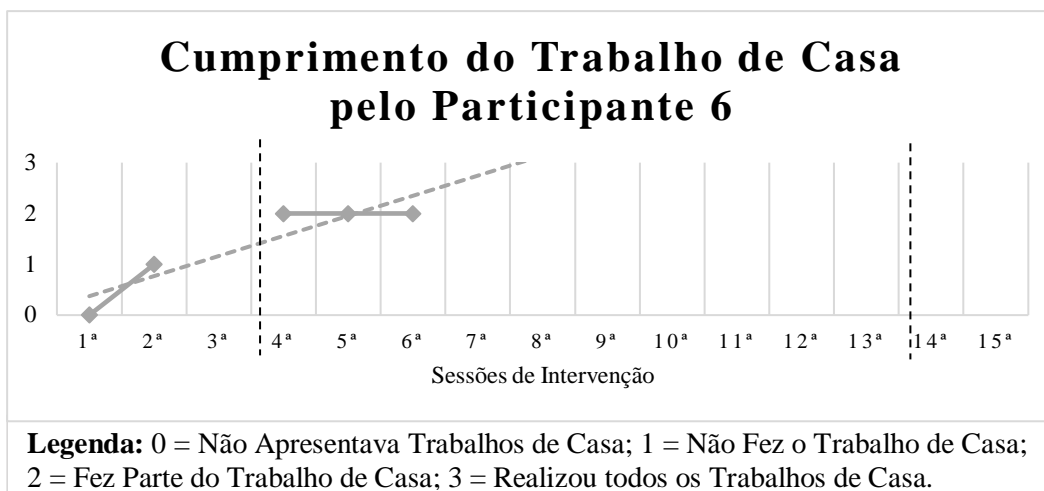


Figura XXXVIII: Cumprimento do Trabalho de Casa pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

No que concerne à relação terapêutica, é visível na Figura XXXIX que existiram, principalmente, momentos de conversa estimulada com resposta, tendo colmatado, na última sessão que frequentou, com uma conversa espontânea de conteúdo mais emocional. Nesta conversa, o participante referiu as suas dificuldades financeiras e um humor muito deprimido.

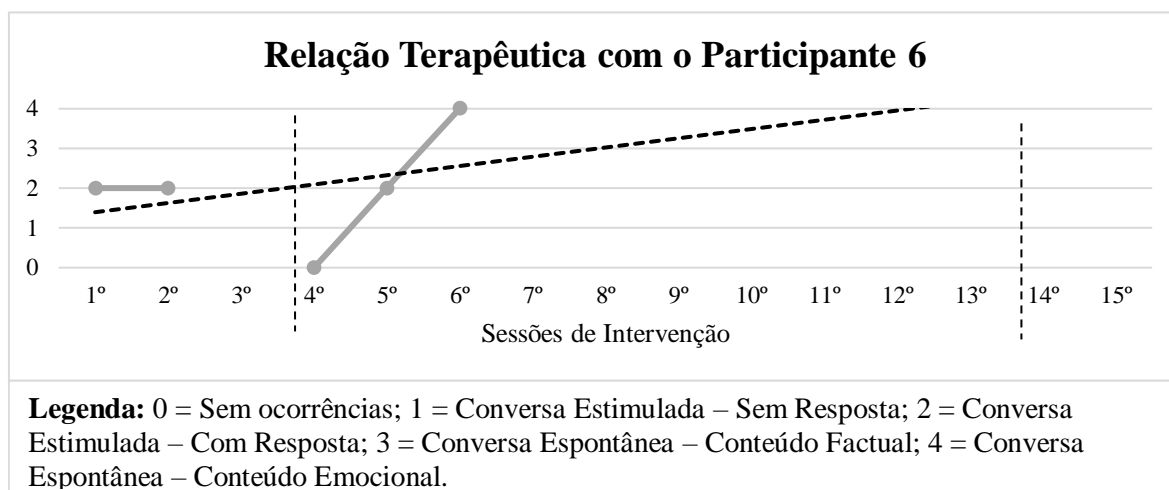


Figura XXXIX: Evolução da Relação Terapêutica do Participante 6, avaliada através do conteúdo do discurso, ao longo das sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

6.2 Nível de Participação em Atividades e/ou Ocupações pelo Participante 6

Os temas dos objetivos criados pelo participante 6, como se observa na Figura XL, enquadravam-se em diferentes áreas de ocupação, nomeadamente, Participação Social, Educação, Trabalho e Lazer.

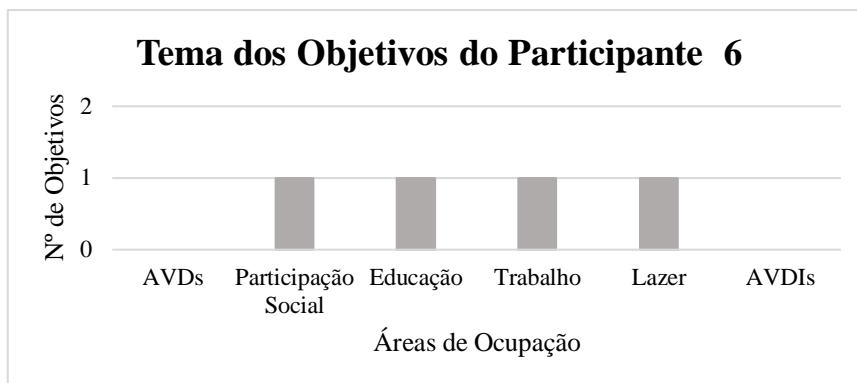


Figura XL: Temas dos objetivos estabelecidos pelo Participante 6 segundo as áreas de ocupação.

Dos objetivos estabelecidos por este participante, o referente à área de ocupação “Trabalho” foi o único concretizado. Dos restantes objetivos, nomeadamente, “iniciar uma rotina de exercício físico em casa”, “terminar a formação de auxiliar de saúde” e “Fazer voluntariado”, não se apresenta informação, como se verifica na Figura XLI, devido a ter desistido deste programa de intervenção.

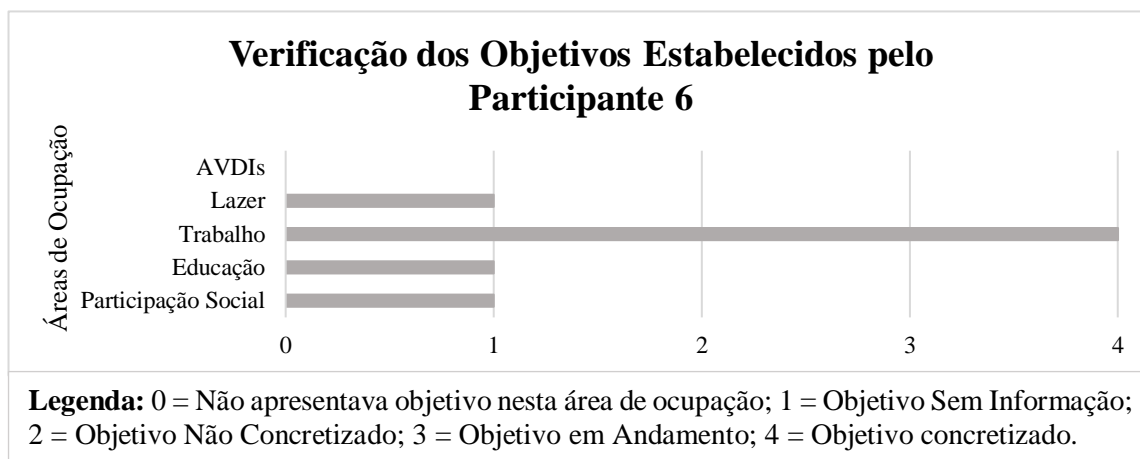


Figura XLI: Verificação dos Objetivos elaborados pelo Participante 6 ao longo das sessões de intervenção baseadas no “Kit para Jovens” de acordo com a área de ocupação abordada.

Na Figura XLII, constatou-se ainda que o participante 6 participava sobretudo em atividades da área de ocupação AVDI sendo de todos os participantes, aquele que, no início, apresentou um maior envolvimento em atividades e num maior número de contextos.

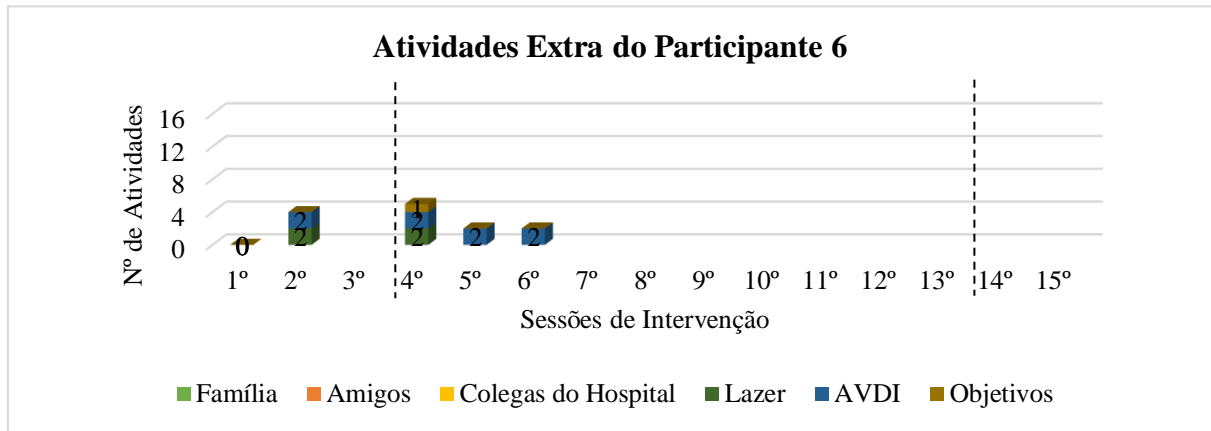


Figura XLII: Atividades Extra realizadas pelo Participante 6 durante as sessões de intervenção baseadas no "Kit para Jovens".

6.3 Resultados dos Instrumentos de Natureza Quantitativa do Participante 6

Devido à desistência do participante 6, apenas são apresentados os dados relativos ao pré-teste.

Relativamente ao *score* do WHODAS II, é visível na Tabela XXXIV, que este participante exibiu um baixo *score* global de incapacidade – 17,08%, bem como na maioria dos domínios. De referir que, de todos os participantes, foi este que apresentou um *score* mais baixo de incapacidade no pré-teste. O domínio “Relações Pessoais” foi o que apresentou o maior *score* de incapacidade – 40%, seguido do domínio “Participação” e “Cognição” com 25%, Autocuidados – 12,5% e sem dificuldades os domínios “Mobilidade” e “Atividades Diárias” – 0%.

Tabela XXXIV: *Scores* resultantes da aplicação do WHODAS II ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.

Score do WHODAS II			
Participante 6		Pré-teste	Pós-teste
Cognição		25%	Sem Informação
Mobilidade		0%	
Autocuidados		12,5%	
Relações Interpessoais		40%	
Atividades Diárias	Em Casa	0%	
	No Trabalho		
Participação		25%	
Score Global de Incapacidade:		17,08%	

No que concerne ao *score* do SF-36V2, na Tabela XXXV, pode verificar-se que o menor valor de perceção de qualidade de vida foi apresentado no domínio SM – 30%, seguido do domínio VT – 31,25%. Os domínios relacionados com a Saúde Física foram os que apresentaram valores mais elevados de perceção de qualidade de vida.

Tabela XXXV: *Scores* resultantes da aplicação do SF-36V2 ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do SF-36V2			
Participante	Dimensão	Pré-teste	Pós-teste
6	FF - Função Física	95%	Sem Informação
	DF - Desempenho Físico	75%	
	DC - Dor Corporal	90%	
	SG - Saúde Geral	60%	
	VT - Vitalidade	31,25%	

	FS - Funcionamento Social	62,5%	
	DE - Desempenho Emocional	75%	
	SM - Saúde Mental	30%	

No WHOQOL-BREF, o menor valor de percepção da qualidade de vida verificou-se no domínio “Psicológico” – 31%, seguido do domínio “Físico” – 44%, “Relações Sociais” – 50% e “Meio Ambiente” – 63%, segundo a tabela XXXVI.

De ressaltar que apesar de no questionário WHODAS II afirmar que não apresentava incapacidades no domínio “Atividades Diárias”, os itens do domínio “Físico” do WHOQOL-BREF apresentaram um baixo *score* nos itens “Tem energia suficiente para a sua vida diária?” e “Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia Segundo este participante, quando existia uma tarefa definida, conseguia facilmente cumpri-la, no entanto, quando esta não era definida, faltava-lhe motivação para a execução. Assim, as “Atividades Diárias” que o participante tinha de realizar obrigatoriamente (alimentação, higiene) eram feitas sem dificuldades, mas nas restantes tarefas que não sente necessidade em cumprir, tinha dificuldade em iniciá-las autonomamente. Esta informação vai de encontro ao baixo *score* apresentado no SF-36V2 no domínio VT.

Tabela XXXVI: *Scores* resultantes da aplicação do WHOQOL-BREF ao Participante 6 nos momentos pré e pós-teste.

Scores do WHOQOL-BREF			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
6	Físico	44%	Sem Informação
	Psicológico	31%	
	Relações Sociais	50%	
	Meio Ambiente	63%	
	Percepção de Qualidade de Vida	4	
	Satisfação com a Saúde	3	

Verifica-se, na Tabela XXXVII, que o participante 6 apresentava no pré-teste um *score* total da ESSS de 45, correspondente a um “*Score* Médio de Percepção de Suporte Social”. O domínio que apresentou um menor *score* de percepção de suporte social foi “Atividades Sociais” – 40%, seguido da “Satisfação com os Amigos” – 56%, “Satisfação com a Família” – 66,67% e, por fim, “Intimidade” – 75%.

Tabela XXXVII: *Scores* resultantes da aplicação da ESSS ao participante 6 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da ESSS</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
6	Satisfação com os amigos	56%	Sem Informação
	Intimidade	75%	
	Satisfação com a Família	66,67%	
	Atividades Sociais	40%	
	Total	45 – <i>Score</i> Médio de Perceção de Suporte Social	

Por último, de constatar o facto do *score* da escala de Evitamento – 110 ser menor do que o *score* na escala de Desconforto e Ansiedade - 119, segundo a Tabela XXXVIII.

Este participante foi o que registou, no pré-teste, o menor grau de incapacidade no WHODAS II e uma maior participação em atividades extra, no entanto, foi o que apresentou um maior desconforto e/ou ansiedade e evitamento na participação, registado pela EAESDIS. Numa análise item a item, verificou-se que as notórias dificuldades deste participante se resumiam “em estar no centro das atenções”, pelo que, nas tarefas do dia-a-dia que não exigissem uma exposição pública, o participante 6 não identificava dificuldades.

Ainda de realçar que o facto de ter de cumprir diferentes obrigações por ser mãe pode justificar o menor valor de evitamento à participação, comparativamente, ao valor de desconforto e ansiedade, pois sabe que para cuidar da filha não pode evitar determinadas atividades.

Tabela XXXVIII: *Scores* resultantes da aplicação da EAESDIS ao participante 6 nos momentos pré e pós-teste.

<i>Score da EAESDIS</i>			
Participante	Domínios	Pré-teste	Pós-teste
6	Escala de Desconforto e Ansiedade	119	Sem Informação
	Escala de Evitamento	110	

Capítulo IV: Discussão

A presente investigação teve por base três objetivos que procuraram encontrar relações entre a eficácia da intervenção utilizada e melhorias ao nível do envolvimento em ocupações e/ou atividades apresentadas pelos jovens com PP e às quais o programa com recurso ao “Kit para Jovens” se endereçou.

No entanto, para melhor discutir os resultados, será importante, em primeiro lugar, referir que a percentagem de adesão ao programa foi de 50%, sendo que metade dos participantes (1, 3 e 6) desistiram. Este número de desistências vai ao encontro de uma revisão sistemática (McMurrin et al., 2010) que integrou 25 estudos sobre a intervenção psicossocial em PP, onde a percentagem de não conclusão do programa variou entre 15% a 80% e a percentagem mediana para os tratamentos individuais foi de 37,5% e de 32% para os tratamentos com duração de 6 meses a 1 ano (McMurrin et al., 2010). No caso do presente estudo, esta desistência prematura foi justificada, pelos participantes, por necessidades laborais/educacionais, podendo ser assim, considerada uma interrupção inevitável/necessária (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005).

O primeiro objetivo deste estudo pretendeu “Verificar se existem alterações ao nível da participação de jovens com PP, nomeadamente, através de um maior envolvimento em atividades e ocupações e um maior grau de funcionalidade, quando utilizado um programa baseado no “Kit para Jovens” no seu processo de intervenção” e, para este objetivo, foram traçadas duas hipóteses: (1.1) “A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do grau de funcionalidade por parte de jovens com PP” e (1.2) “A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações por parte de jovens com PP”. Este objetivo pode-se assumir como atingido no caso desta amostra.

Após analisar os resultados obtidos, nomeadamente pela observação dos resultados medidos pelo WHODAS II, verificou-se que, no que se refere à hipótese 1.1, houve, de uma forma geral, um aumento da funcionalidade, manifestado quer pela diminuição do *score* global de incapacidade nos participantes que completaram o plano de intervenção (2, 4 e 5), quer pela diminuição do *score* de incapacidade nos domínios específicos.

Existem alguns estudos que avaliam a funcionalidade após a realização de um programa de intervenção psicoterapêutico em pessoas com diagnóstico de PP. Um desses estudos é norueguês (Karterud et al., 2003) e avaliou as alterações na funcionalidade, através

da *Global Assessment of Functioning* (GAF), em pessoas com diagnóstico de PP, principalmente PP Evitante, *Borderline*, Paranoide e PP não especificado. Os participantes foram sujeitos a intervenções psicoterapêuticas, realizadas em oito hospitais diferentes, cujos programas eram baseados em terapias grupais, nomeadamente, grupos psicodinâmicos e cognitivo-comportamentais com a duração de dezoito semanas, seguido de um complemento de intervenção psicoterapêutica em ambulatório, uma vez por semana. No final do acompanhamento, com duração de um ano, foi verificado um aumento significativo da funcionalidade, de comprometimento grave (43,9%) para comprometimento moderado (54%) (Karterud et al., 2003).

Um outro estudo de 2012 comparou a eficácia entre dois programas de intervenção para clientes com PP moderadas a severas (Gullestad et al., 2012). Um dos programas consistia num tratamento hospitalar diário, durante 18 semanas, com terapias psicodinâmicas e terapia cognitivo-comportamental grupal, seguido de psicoterapia de grupo e individual em ambulatório. Por sua vez, o outro programa era constituído por psicoterapia individual em ambulatório. Verificou-se que, após 36 semanas, existiram melhorias na funcionalidade nos utilizadores de ambos os programas. Nos utilizadores do programa de psicoterapia individual em ambulatório, os valores da GAF foram superiores, passando os participantes de um comprometimento grave (47,9%) para um comprometimento leve (69.9%), enquanto que no programa de longa duração passaram de um comprometimento grave (47,3%) para um comprometimento moderado (57,7%) (Gullestad et al., 2012).

Os resultados do nosso estudo mostraram igualmente a existência de uma melhoria da funcionalidade após a intervenção, o que parece comprovar que a utilização de um programa de intervenção onde é privilegiado o uso de uma forte aliança terapêutica (Tufekcioglu, Muran, Safran, & Winston, 2013) tem eficácia no aumento do grau de funcionalidade de jovens com PP, confirmando assim a hipótese 1.

Com efeito, a literatura atual parece apontar para que resultados positivos da intervenção psicoterapêutica em PP, comum nos dois estudos supracitados, dependem sobretudo de uma forte relação terapêutica (Benjamin & Karpiak, 2001; Tufekcioglu et al., 2013). No estudo de Gullestad de 2012, este afirma que a existência de melhorias ao nível da funcionalidade em ambos os programas de intervenção estudados podem dever-se a aspetos relacionados com as características do terapeuta, incluindo a confiança com a sua intervenção (Gullestad et al., 2012). Esta confiança na sua intervenção pode influenciar positivamente o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Também Karterud em 2003, quando analisa a funcionalidade de pessoas

classificadas em diferentes grupos da PP, refere que um dos motivos para as diferenças encontradas era a possibilidade de estabelecer ou não uma forte relação terapêutica, especificamente, pelos indivíduos cujas características da personalidade os impediam de formalizar uma relação terapêutica positiva nas terapias de grupo, como no caso da PP antissocial. Estes casos demonstravam um grau de funcionalidade mais baixo após a intervenção em grupo (Karterud et al., 2003). Ao longo do programa baseado no “Kit para Jovens” foi também verificada uma evolução ao nível da relação terapêutica com os participantes que concluíram este programa através das transcrições realizadas pelo terapeuta. Isto remete para um estudo de 2013, que refere que começa a existir um número crescente de tratamentos para a PP que são igualmente eficazes, apesar das suas diferentes orientações teóricas. Estes autores sugerem que as mudanças não advêm da modalidade do tratamento, mas de elementos comuns nessas abordagens, sendo a abordagem mais efetiva no tratamento da PP uma forte aliança terapêutica (Tufekcioglu et al., 2013).

A relação terapêutica deve ter por base um relacionamento de colaboração entre terapeuta e cliente, existindo um vínculo afetivo entre os dois bem como a capacidade de definirem conjuntamente os objetivos para o tratamento (Martin, Garske, & Davis, 2000). Desta forma, a construção da relação terapêutica de confiança, no programa baseado no “Kit para Jovens”, pode ter sido facilitada, uma vez que este preconiza uma intervenção personalizada para cada participante, tendo em consideração a sua condição clínica, o meio e as suas características individuais.

No que diz respeito às alterações do grau de funcionalidade percebidas nos diversos participantes e atendendo às características particulares de cada um, verificaram-se diferenças entre os domínios que variaram da primeira para a segunda avaliação e que se passam a analisar de seguida.

Tendo em conta as características da PP que se baseiam na disfunção interpessoal (Sjonnese et al., 2016), demonstrando como principais consequências problemas em todas as áreas de vida, nomeadamente, família, comunidade, relacionamentos, entre outras (Larivière et al., 2010; McMurran et al., 2016; Pridmore, 2010) era esperado pelo grupo de investigação que os participantes apresentassem, no pré-teste, um maior grau de incapacidade nos domínios do WHODAS II correspondentes às “Atividades Diárias”, “Relações Interpessoais”, “Participação” e “Cognição”.

Em 2014, foi realizado um estudo cujo o objetivo se prendia com a avaliação do resultado de uma abordagem de reabilitação psiquiátrica (Svedberg, Svensson, Hansson, & Jormfeldt, 2014), em termos de mudanças em várias áreas da vida de pessoas com doença

mental grave (uso de serviços de saúde, qualidade de vida, indicadores de saúde, funcionamento psicossocial e capacitação), com um período de intervenção de dois anos, num modelo individualizado que ia ao encontro das necessidades e preferências da pessoa, tal como o programa baseado no “Kit para Jovens”. Essa intervenção tinha como propósito apoiar e orientar o cliente para formular e atingir objetivos em diferentes áreas de ocupação, sendo que, no final, se verificou a existência de uma mudança significativa ao nível do funcionamento psicossocial, avaliado através da GAF, de 56.3% para 65.5% (Svedberg et al., 2014). Apesar da população diferir da utilizada no nosso estudo, as conclusões retiradas parecem apoiar os resultados obtidos pelo programa baseado no “Kit para Jovens”, que parece ter ajudado, no grupo estudado, a modificar os comportamentos apresentados e a conseguir um maior grau de funcionalidade. A população com doença mental e a nossa amostra de indivíduos com PP apresentam características comuns ao nível da funcionalidade. Neste sentido uma vez que as pessoas com doença mental grave manifestam um maior comprometimento da funcionalidade e, no estudo supracitado, se encontraram melhorias significativas nesse grupo, é natural que encontremos igualmente melhorias na nossa amostra.

Os melhores resultados ao nível da funcionalidade foram, na sua maioria, registados nos domínios mais afetados nestes participantes com PP, nomeadamente, “Relações Interpessoais” e “Participação”.

No caso do participante 2 que apresenta PP Evitante, caracterizada por baixa autoestima e hipersensibilidade à rejeição que levam à restrição dos contactos interpessoais e a problemas na esfera social e ocupacional (Pires et al., 2017; Sjonnesen et al., 2016), como esperado, a principal dificuldade na funcionalidade foi registada no domínio “Relações Interpessoais” do WHODAS II. No final da intervenção, este domínio apresentou uma grande diminuição do *score* de incapacidade. De forma a entender esta evolução é importante referir que este participante integrou o programa que recorre ao “Kit para Jovens” depois de já estar integrado há vários meses no Hospital de Dia Jovem. O terapeuta de investigação, nas primeiras sessões (sessões de avaliação), apercebeu-se que este participante já tinha adquirido alguma consciência sobre os seus problemas de funcionamento ocupacional, mas ainda não tinha um plano de ação para os resolver. Assim, o programa baseado no “Kit para Jovens” pode ter representado uma mais valia, tendo permitido ao participante formalizar os seus objetivos e traçar um plano graduado, de forma a cumpri-los. De seguida, de forma a promover a mudança diminuindo a ansiedade do participante, foram realizadas sessões de educação terapêutica de forma a analisar os prós e

contras da mudança e exploraram-se atividades mais simples de participação social comunitária (miniexperiências). Estas primeiras sessões permitiram o aumento da confiança do participante no terapeuta. Esta pode ser uma outra explicação para o sucesso registado pelo participante na melhoria da funcionalidade, pois segundo uma meta-análise a relação terapêutica em saúde mental é preditor do sucesso do tratamento (McCabe & Priebe, 2004). Apesar disto, o facto do participante 2 delinear e concretizar diferentes objetivos de forma independente, pode explicar a sua fuga à concretização dos objetivos delineados que lhe provocavam grande angústia, principalmente voltar à universidade, onde iniciou o seu processo psicopatológico. O próprio participante 2 assumiu, quando questionado, na sétima sessão, que o reingresso na universidade implicaria grandes mudanças das quais tem receio, evitando por isso os trabalhos de casa relacionados com esta temática. No entanto, foi reforçando que é um objetivo que queria concretizar. A partir desse momento, o participante começou a revelar mais as situações que lhe causavam ansiedade recebendo sempre a empatia do terapeuta. Esta postura do terapeuta pode ser uma explicação para a construção da relação terapêutica de confiança e, consequentemente, para o cumprimento das tarefas solicitadas durante as sessões (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Por outro lado, também o facto do participante verificar que os prazos das candidaturas à universidade estavam a terminar, pode ter despoletado a iniciativa para a realização das tarefas, tendo mesmo referido que estava preocupado com a possibilidade de não conseguir entrar na universidade pois algumas formas de candidaturas já tinham terminado, tendo o próprio procurado outras soluções.

Em relação ao participante 4, contrariamente ao esperado para alguém com diagnóstico de PP Esquizotípica, este registou um valor reduzido de incapacidade global, no pré-teste, tendo mesmo indicado ausência de incapacidade ao nível do domínio “Participação”. Num estudo longitudinal que descrevia e avaliava as Escalas de Auto-Relatório de Crianças na Comunidade, medida baseada em itens de autorelatório projetadas para fornecer as melhores estimativas dimensionais e categóricas possíveis da PP, refere que pessoas com o mesmo diagnóstico – PP Esquizotípica apresentavam, segundo a GAF, o terceiro maior grau de incapacidade dentro das PP (Crawford et al., 2005), pelo que se colocou a hipótese que o mesmo perfil surgisse na amostra deste estudo, o que não se verificou. Apesar de um valor inicial de incapacidade baixo, o participante 4, após a frequência do programa de intervenção, apresentou um aumento do *score* do domínio “Participação” no pós-teste. No entanto, é importante considerar que a incapacidade foi medida com recurso a um instrumento de autoavaliação da perceção de incapacidade sentida

pela pessoa. De acordo com a literatura, indivíduos com PP, em particular os do subgrupos A, onde se inclui a PP Esquizotípica (subtipo onde se enquadra o participante 4), apresentam comportamentos de distanciamento, ansiedade e retirada social, mostrando, igualmente, um pobre conhecimento acerca das suas relações interpessoais, sobrevalorizando-as (Clifton, Turkheimer, & Oltmanns, 2009). Segundo as informações relatadas por este participante, ao longo deste programa de intervenção, é possível inferir que a perceção deste acerca das suas reduzidas limitações de funcionalidade deve-se a dificuldades na avaliação das suas reais capacidades, ao invés de inexistência de dificuldades na funcionalidade. Mais ainda, apesar de estar integrado no Hospital de Dia Jovem vários meses antes do início do programa de intervenção, este participante durante o seu discurso nunca colocou em causa nenhuma das suas distorções cognitivas, nem possuía crítica sobre o seu comportamento. Com efeito, no que se refere ao relacionamento interpessoal, o participante 4 relatou a existência de diferentes amigos, porém, foi revelando ao longo da intervenção que não apresentava nenhum relacionamento de amizade nem mesmo relacionamento com a família mais próxima. Na área de ocupação trabalho o participante acreditava que não era necessário mandar *curriculum* para ter emprego, mas sim que as pessoas o iam procurar. A participação nas diversas sessões do programa de intervenção parece ter permitido ao participante 4 iniciar um processo de aquisição de maior conhecimento sobre as suas dificuldades na participação em atividades sociais, confirmado pelo facto de ter existido um ligeiro aumento do *score* de incapacidade no domínio “Participação”, apesar da diferença nos valores entre as duas avaliações ser quase residual (3%). Por outro lado, pelas transcrições relativas aos temas abordados durante as conversas com o investigador principal, verificou-se ainda que, nas sessões finais, parece ter ocorrido uma consciencialização dessas dificuldades sentidas na participação em atividades sociais, como foi visível pelas afirmações “Tenho dificuldades em tomar o primeiro passo para organizar atividades com outras pessoas” (sic) e, após ir a uma festa “Não gosto muito de multidões, mas lá me aguardei” (sic), revelando dificuldades em participar neste tipo de eventos sociais.

Por sua vez, o participante 5 foi aquele que registou, no pré e pós-teste, o maior grau de incapacidade, medida pelo WHODAS II. O programa baseado no “Kit para Jovens” foi a primeira intervenção, relacionada com a saúde mental, em que este participante se envolveu. Como esperado de uma pessoa com diagnóstico de PP, este relatou um grau elevado de incapacidade, no pré-teste, nos domínios “Atividades Diárias”, “Relações Interpessoais” e “Participação”. Porém, na avaliação final, estes domínios apresentaram uma grande diminuição no grau de incapacidade.

O elevado grau de incapacidade nos domínios supracitados é confirmado pelas transcrições realizadas ao longo das sessões, nas quais o participante relatou poucas atividades como prazerosas, referindo principalmente atividades de cariz solitário como jogar xadrez online e realizar pesquisas na *internet*. Por outro lado, atribuía aos poucos relacionamentos que mantinha um conteúdo funcional, nomeadamente, que os amigos eram um meio para o consumo de substâncias ilícitas e a família um meio de subsistência económica, não lhes atribuindo, aparentemente, qualquer tipo de valor emocional. À medida que decorreu o processo de intervenção, o participante foi relatando ao terapeuta cada vez mais dificuldades sentidas, confirmando uma relação terapêutica de confiança. Este facto, junto com a integração no Hospital de Dia Jovem, onde era incentivado a participar em atividades de grupo, podem ser uma justificação para as melhorias registadas nestes domínios.

Ainda de realçar que o participante 5, da primeira para segunda avaliação, apresentou manutenção do *score* de incapacidade elevado do domínio “Mobilidade” e um aumento do *score* de incapacidade do domínio “Cognição”. No que se refere ao domínio “Mobilidade”, o participante disse, nas sessões de avaliação, que “evito os transportes públicos devido ao medo de doenças” (sic). Já na sexta sessão relatou, relativamente à comparência no ginásio, “fiquei contente por conseguir realizar uma atividade no exterior” (sic) e ainda, na décima primeira sessão, mencionou que reduziu o número de vezes que ia ao ginásio por “não tenho tido vontade de ir” (sic), bem como nas sessões de movimento no hospital “sinto muita preguiça” (sic). Assim, a limitação registada pode ser justificada não por evidentes limitações físicas que impedissem o participante de sair de casa ou realizar caminhadas, até porque frequentava o ginásio, mas por interpretar os itens através de barreiras psicossociais ou relacionadas com o humor (por exemplo, motivação reduzida, ansiedade social) (Ruocco, Lam, & McMains, 2014). Em relação ao domínio “Cognição”, as limitações observadas no participante parecem advir do aumento da experiência em atividades que exigem este tipo de competências sociais tendo adquirido mais noção sobre os seus reais problemas, pois este envolvimento em atividades implicou ser exposto a mais situações em que tinha de realizar escolhas e encontrar soluções, e a um aumento da conversação com desconhecidos. Este aumento de consciência das suas dificuldades é notório em algumas afirmações do participante, relacionadas com a comunicação com os colegas do Hospital de Dia Jovem, como por exemplo: “acho mais fácil, por eles terem também um problema” (sic), “consigo iniciar uma conversa” (sic). Estas afirmações implicam o reconhecimento de que, com outras pessoas fora do contexto hospitalar, apresenta mais dificuldades de interação. O mesmo

aumento de consciência é verificado em relação às dificuldades sentidas em manter um objetivo, quando verificava as tarefas necessárias para o realizar, afirmando que “não gosto de mudar muitas vezes de opinião, uns dias quero, outros não” (sic). Outro dos exemplos relatados vai ao encontro das dificuldades que sentia na realização de escolhas, quando pressionado pelos familiares e profissionais de saúde, referindo “se não o fizer sou expulso da sociedade” (sic).

Tanto o participante 4 como o 5 parecem demonstrar uma tomada de consciência acerca das suas dificuldades, aparentemente, devido ao envolvimento em ocupações, e segundo a literatura, este envolvimento promove o aumento da autoidentidade (Mee, Sumsion, & Craik, 2004; A. Wilcock, 1993). Até onde os autores têm conhecimento, não há estudos que demonstrem esta relação. No entanto, pelo que foi possível constatar, ao mesmo tempo que estes participantes melhoraram a consciência sobre o seu comportamento, tornaram-se mais críticos quando tinham que apreciar o seu desempenho nas diversas situações de vida. Desta forma, isto pode justificar terem tido uma apreciação mais crítica do seu desempenho, aquando do preenchimento dos questionários de reavaliação.

No que se refere à hipótese 1.2 -“A utilização do programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações por parte de jovens com PP”-, verificou-se o aumento, ao longo das sessões, de atividades extra realizadas em diferentes contextos, facto visível sobretudo nos participantes que concluíram o plano de intervenção. Isto é importante uma vez que a pessoa com PP apresenta problemas nas diferentes áreas de vida devido às suas dificuldades de relacionamento interpessoal (Larivière et al., 2010; McMurrin et al., 2016; Pridmore, 2010). Estas dificuldades, possivelmente, são exacerbadas pela falta de oportunidades para a participação em atividades de forma a promover o estabelecimento de relações interpessoais e construir redes sociais, devendo-se, por isso, promover o aumento da participação em atividades no seu contexto (Forrester-Jones et al., 2012). Mais ainda, o envolvimento em atividades significativas e a contribuição e integração comunitária são mesmo considerados componentes de recuperação (Davidson et al., 2005).

Por outro lado, o nosso programa baseado no “Kit para Jovens” também se focou nos objetivos intrínsecos de cada participante promovendo a realização de planos de ação de forma a colmatar as suas necessidades ocupacionais. Também durante as sessões foi promovida a educação terapêutica sobre os diferentes temas relacionados com a perturbação em questão, a ocupação, a importância de estilos de vida, das rotinas, bem como foram discutidos os passos do plano de ação a desenvolver. Esta forma de intervenção pode justificar os resultados positivos relacionados com o aumento do envolvimento em ocupações. Kielhofner afirma que definir objetivos intrínsecos e um plano estruturado para os atingir promove o aumento significativo da volição do cliente (Kielhofner, 2008). Desta forma, a criação de objetivos intrínsecos, para além de promover o envolvimento em atividades de forma a cumpri-los aumenta, consequentemente, o envolvimento dos participantes na própria intervenção. Assim, o facto dos objetivos intrínsecos criados pelos participantes que concluíram o programa (2, 4 e 5), na sua maioria se verificarem *cumpridos* ou *em andamento* é uma confirmação do aumento do envolvimento em ocupações. Também no estudo de Svedberg et al. (2014), no qual a metodologia para definição de objetivos foi semelhante à do nosso estudo, se verificou que cerca de 24% dos participantes concluíram os seus objetivos, 65% considerava o objetivo praticamente concluído e 35% não alcançaram o objetivo. Desta forma, tal como no nosso estudo, a maioria dos objetivos formulados pelos participantes foram *concluídos* ou estão *em andamento*.

É de mencionar ainda que os objetivos criados foram ao encontro das dificuldades sentidas pelos participantes, sendo os principais temas abordados os relacionamentos

interpessoais, educação, trabalho e lazer. Por sua vez, no estudo já citado, 53% dos participantes criaram objetivos relacionados com o trabalho, 5,6% de lazer, educação 4,2% e habitação 1,4% (Svedberg et al., 2014). Em comparação com a nossa amostra registam-se algumas diferenças nos temas dos objetivos criados. Por um lado, os objetivos relacionados com o trabalho e a educação estão em igual número e, por outro, não foram formulados objetivos relacionados com a habitação. Estas diferenças podem ser explicadas pela diferença de idades entre os participantes, pois no estudo de 2014, os participantes apresentavam uma média de idade de 36 anos, tendo possivelmente já completado a fase de transição para a vida adulta (Svedberg et al., 2014).

Devido às características pessoais e psicopatológicas dos participantes o envolvimento em atividades ocorreu de forma distinta, as quais passaremos a analisar em seguida.

No caso do participante 2, este foi estimulado, nas primeiras sessões, a escolher uma atividade do seu interesse para realizar de uma forma esporádica. A graduação da atividade pelo terapeuta (primeiro, procurar uma atividade do seu interesse; segundo, verificar a possibilidade de a realizar; terceiro, preparar a realização da atividade e, por fim, realizá-la, pareceu aumentar o seu sentimento de eficácia). Alguns estudos referem que o aumento de atividades bem-sucedidas despoleta sentimentos positivos de autoeficácia, existindo, por consequência, um aumento da motivação para o envolvimento em outras atividades, em diferentes contextos (Mee et al., 2004; Strecher, McEvoy DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986; A. Wilcock, 1993). Após esta aquisição inicial, o participante 2 começou a realizar atividades simples de forma autónoma, principalmente relacionadas com a família e AVDI's, bem como tarefas necessárias para alcançar os objetivos pré-definidos.

No caso do participante 4, este não tomava iniciativa para a realização de atividades nem identificava interesses. Durante as primeiras sessões foi realizada psicoeducação sobre a importância de se envolver em atividades e ocupações e desenvolver uma rotina diária de forma a motivar o participante para a intervenção. Segundo a literatura, a explicação ao cliente da importância da terapia, de forma a que este possa fazer as suas escolhas, pode ser outra das estratégias para o motivar a envolver-se na intervenção (McMurran et al., 2013; Ogrodniczuk et al., 2005; Oldham, Kellett, Miles, & Sheeran, 2012). No entanto, o participante continuava sem procurar envolver-se em tarefas, indicando sempre diferentes justificações para o facto de não o fazer. Estas justificações contínuas pareciam dever-se às características de evitamento comportamental próprias da psicopatologia (Pires et al., 2017). Numa dessas justificações referiu não gostar de participar em atividades sem um benefício monetário. Desta forma foi inserido numa atividade de emprego protegido promovida pelo

Hospital de Dia Jovem. A partir desse momento o terapeuta adquiriu conhecimento sobre as motivações do participante, sendo mais fácil a transmissão de estratégias para colmatar as dificuldades (evitamento social), o que resultou num maior envolvimento na intervenção bem como melhorou a relação terapêutica.

Por sua vez, dado que foi a sua primeira intervenção relacionada com o seu problema de saúde mental, o participante 5, foi informado e incentivado, tanto pelo seu psiquiatra como pelo terapeuta de investigação, das vantagens deste programa. O participante tinha consciência da diferença do seu padrão de interação com os pares, do isolamento marcado e ausência de projeção no futuro, portanto tinha grandes expectativas que a intervenção diminuísse o estado avolitivo em que se encontrava. Estas expectativas iniciais podem ser uma explicação para os resultados adquiridos por este participante. Na literatura é referido que expectativas positivas sobre o tratamento levam o cliente a envolver-se mais construtivamente no mesmo, ajudando na diminuição dos sintomas provocados pela patologia (Meyer et al., 2002; Sotsky & Glass, 1991). Assim, o participante 5 tentava envolver-se em todas as tarefas adaptadas e preparadas nas sessões com o auxílio do terapeuta. Segundo uma revisão sistemática, obter um equilíbrio entre os desafios da tarefa e as competências da pessoa é um fator determinante do envolvimento do cliente no processo da terapia e nos resultados de uma terapia bem-sucedida (Law, Steinwender, & Leclair, 1998). Por conseguinte, o conhecimento que o terapeuta adquiriu sobre o participante 5, a graduação das atividades realizadas conforme as suas competências e as expectativas iniciais do participante parecem ter contribuído para uma intervenção bem-sucedida.

No que diz respeito aos participantes que não concluíram o plano de intervenção (participantes 1, 3 e 6) o participante 6 foi o que, no início, apresentou um maior envolvimento em atividades, num maior número de contextos, o que pode ser justificado pelo facto de ser mãe solteira numa família monoparental. Este papel é considerado o segundo mais importante no início da idade adulta, seguido da aquisição de um parceiro (Bee, 1994), para além de que para o cumprimento do mesmo é necessário corresponder a várias obrigações (Horne, Corr, & Earle, 2005). Por outro lado, este papel incentiva o participante 6 a ser mais proativo na busca de soluções, nomeadamente, numa forma para sustentar economicamente a sua família. No entanto, em todos estes participantes parece haver uma tendência que aponta no sentido de uma mudança crescente do número de ocupações em que se envolvem e, por terem conseguido obter e manter um emprego

remunerado ou iniciar e manter uma formação profissional, também parece haver uma tendência que aponta no sentido de um aumento da funcionalidade.

Assim, depois de analisar os resultados obtidos pelos vários participantes ao longo do plano de intervenção, pode-se assumir que, para esta amostra e, dentro dela, para os participantes que completaram o programa, as duas primeiras hipóteses deste trabalho foram verificadas. No caso dos participantes que não completaram o programa, parece existir uma tendência no sentido de uma melhoria da funcionalidade, contudo, não é possível confirmar devido à inexistência de dados de reavaliação.

O segundo objetivo pretendeu “Verificar se existe uma relação ao nível do envolvimento em atividades e ocupações com a perceção de qualidade de vida, perceção de suporte social e a ansiedade e evitamento em situações de desempenho e interação social em jovens com PP” e, para este objetivo, foram traçadas três hipóteses, (2.1) “O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens”, melhora a perceção de qualidade de vida de jovens com PP”, (2.2) “O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” melhora a perceção de suporte social de jovens com PP” e (2.3) “O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” ajuda na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social de jovens com PP”.

No que se refere à hipótese 2.1 é possível referir que, após analisar os resultados obtidos, os participantes que completaram o plano de intervenção (2, 4 e 5) apresentaram, no final do programa, um aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e um maior grau de funcionalidade bem como uma melhoria da perceção de qualidade de vida comprovado pelo aumento do *score* da maioria dos domínios do SF-36V2 e do WHOQOL-BREF. Este aumento do *score* é visível, principalmente, nos domínios mais interligados com Saúde Mental (FS, DE, SM).

Também no estudo de Svedberg et al. (2014) se averiguou que os participantes que completaram ou percecionavam os seus objetivos como quase concluídos apresentavam um resultado positivo e significativo da qualidade de vida, contrariamente, aos participantes que não concluíram os seus objetivos (Svedberg et al., 2014). Assim, o nosso estudo parece ir ao encontro destes resultados, verificando-se em todos os participantes um aumento da participação e melhoria da funcionalidade e, consequentemente, da qualidade de vida.

Já no que se refere à qualidade de vida, um estudo realizado na Noruega, em 2005, pretendeu avaliar a qualidade de vida - pelo SF-36- em clientes com diferentes tipos de PP (n=72) que frequentassem intervenções psiquiátricas em ambulatório, quando comparados com população sem psicopatologia (Narud et al., 2005). Nesse estudo, verificou-se que, no pré-teste, os clientes com PP apresentaram em todos os domínios uma avaliação mais negativa da qualidade de vida do que a população sem psicopatologia, especificamente, FF= 75% vs 91%, DF= 29% vs 83, DC= 48% vs 77%, SG= 51% vs 78%, VT= 32% vs 60%, FS= 47% vs 87%, DE= 38% vs 87% e SM= 41% vs 80% (Narud et al., 2005). No pós-teste, a

variação dos resultados adquiridos dentro da amostra com PP foi na maioria significativos, sendo de considerar os resultados dos domínios SM= 50,1% e DF= 51,3%. Em dois domínios a variação dos resultados não foram significativos DC= 57,5% e FS= 53,5%. (Narud et al., 2005).

Resultados diferentes foram verificados no caso da nossa amostra, em especial nos participantes que completaram o programa de intervenção, nos quais valores de qualidade de vida aumentaram da primeira para a segunda avaliação, a apresentarem *scores* mais elevados em praticamente todos os domínios, incluindo os domínios DC e FS. O domínio FS foi mesmo o domínio que registou uma variação mais positiva.

Estas diferenças podem ter sido devidas, entre outros aspetos à idade dos participantes. A nossa amostra era constituída por jovens na transição da adolescência para a vida adulta, com idades compreendidas entre os 20 e 25 anos. Por sua vez, no estudo de Narud de 2005, a amostra apresentava uma média de idades de 36,3 anos, num intervalo entre os 19 e 74 anos e os problemas de saúde mental surgiram, em média, aos 20 anos de idade. É provável que, apresentando uma média de idades mais avançada, o estudo de Narud (2005) contasse, entre os participantes, com pessoas com uma história de vários anos de reduzida socialização devido às limitações nos relacionamentos interpessoais característicos da psicopatologia (Pires et al., 2017; Sjonnesen et al., 2016). A ser este o caso, pode-se referir como hipótese que uma intervenção numa fase precoce da psicopatologia parece ser um fator preditor de melhorias mais significativas ao nível do funcionamento social e, consequentemente, conduzir a uma melhor perceção de qualidade de vida.

Por outro lado e de acordo com a bibliografia, intervenções que contemplem o envolvimento em ocupações significativas e a responsabilização do cliente para o seu processo de intervenção, são responsáveis pela melhoria significativa da perceção de qualidade de vida (Daremo, 2010; Eklund & Leufstadius, 2007). Esse aumento do envolvimento em ocupações significativas, promove a criação de uma identidade social, uma vez que o envolvimento permite a formação de um sentimento de ser, fazer, pertença e valorização que influenciam o bem-estar da pessoa (Gallagher, Muldoon, & Pettigrew, 2015). Assim, tendo em consideração que o programa baseado no “Kit para Jovens” foi projetado para uma fase inicial da patologia e que contempla o envolvimento em ocupações significativas e responsabilização do cliente para o processo de intervenção, parece comprovada a eficácia da nossa intervenção na melhoria da perceção da qualidade de vida, confirmando a hipótese 2.1.

Para além disto, importa referir que, no estudo de Narud (2005), os resultados recolhidos através do SF-36 em relação à qualidade de vida se encontram correlacionados com os resultados da funcionalidade recolhidos através da GAF. Nestes resultados, observa-se uma correlação positiva entre os domínios ligados à saúde mental do SF-36 e o *score* da GAF. Isto é, valores mais altos de funcionalidade são preditores de uma maior qualidade de vida nestes domínios. Já os valores ligados à saúde física do SF-36 não exibiram nenhuma correlação significativa (Narud et al., 2005). Os resultados dos participantes 2 e 5 vão ao encontro do relatado, estes apresentaram uma evolução positiva no grau de funcionalidade, bem como no SF-36, sobretudo nos domínios ligados à saúde mental. Por sua vez, o participante 4 apresentou variações nos resultados dos domínios do WHODAS II, no entanto, também se verificou um aumento do *score* global de funcionalidade, bem como do *score* de qualidade de vida na maioria dos domínios relacionados com a saúde mental.

Em seguida, passa-se a analisar, mais pormenorizadamente, as alterações da qualidade de vida percebidas pelos diferentes participantes.

O participante 2 foi o que apresentou uma variação mais positiva do resultado de funcionalidade e do aumento do seu envolvimento em atividades, principalmente, com a família. Da mesma forma, foi aquele que ostentou uma variação mais positiva do resultado de qualidade de vida. Este resultado vai ao encontro de um estudo que pretendia verificar relações entre os fatores ocupacionais e os fatores de saúde e bem-estar, como a qualidade de vida, em pessoas com doença mental grave em intervenção em ambulatório (Daremo, 2010; Eklund & Leufstadius, 2007). A informação foi recolhida num único momento através de entrevista e os fatores de saúde recolhidos por autoavaliação. Nesse estudo concluiu-se que a perceção da funcionalidade positiva é promotora da perceção da qualidade de vida, sendo assim importante uma intervenção baseada no envolvimento em ocupações significativas e na responsabilização do cliente para o processo de intervenção (Daremo, 2010; Eklund & Leufstadius, 2007). Desta forma, o programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens”, que promove a concretização de objetivos intrínsecos, relacionados com as diferentes áreas de ocupação, parece ter permitido ao participante 2 a obtenção destes resultados positivos.

Por sua vez, o participante 4 foi o que apresentou o maior grau total de funcionalidade bem como aumentou o seu envolvimento em atividades relacionadas com a família e com as áreas de ocupação Lazer e AVDIs, tendo, da mesma forma, apresentado um aumento do grau de qualidade de vida na maioria dos domínios. Este participante, já no pré-teste, apresentava um elevado e maior grau de qualidade de vida, resultados estes que não eram esperados pelo

grupo de investigação, partindo dos resultados relatados num estudo desenvolvido com pessoas com PP, que pretendeu perceber a relação entre as características desta psicopatologia e a qualidade de vida (Cramer et al., 2006). Esse estudo verificou um menor valor de qualidade de vida em PP Evitante, seguida de PP *Borderline*, PP Esquizotípica, PP Dependente, PP Antissocial, PP Esquizoide e PP Antissocial. Os resultados verificados na PP Obsessivo-Compulsiva, PP Histriônica e Narcisista indicaram valores mais elevados de qualidade de vida podendo mesmo não existir nenhuma diferença comparado com pessoas sem PP (Cramer et al., 2006).

Por fim, o participante 5 também apresentou um aumento global da funcionalidade e do envolvimento em atividades, principalmente relacionadas com a concretização dos objetivos, e apresentou uma melhoria da qualidade de vida que, no entanto, não se verificou em todos os domínios abrangidos pelos testes. Esta diminuição do *score* de qualidade de vida em alguns domínios pode ser explicada por contrariedades sentidas pelo participante 5 ao longo da intervenção. O participante manifestou o seu desagrado por aquilo que denominava de “sentimento de controlo, obrigação e falta de autonomia” que sentia com a sua integração no Hospital de Dia Jovem, achava que estava a ser obrigado a integrar-se na sociedade e a envolver-se em atividades para as quais não se sentia preparado, como, por exemplo, arranjar um trabalho ou estudar, como se verifica nas transcrições do discurso verbalizado nas últimas duas sessões de intervenção, “não estou preparado para trabalhar” (sic), “sinto-me a fazer as coisas obrigado, é mau”(sic). Apesar destes sentimentos, o participante refere que não conseguiu explicá-los à equipa multidisciplinar do hospital, enquanto parece confiar no investigador principal deste estudo para verbalizar determinados sentimentos e acontecimentos. Um desses exemplos referiu-se a ter realizado uma experiência de não tomar a medicação prescrita “para ver como me sentia” (sic), referindo como consequência “senti-me ansioso, vazio... Não tinha prazer” (sic). Noutra situação de interação social, o participante referiu que, numa saída com amigos “consumi *cannabis* para me sentir o suficientemente normal para estar com o grupo” (sic), tendo, depois deste episódio e de psicoeducação sobre o perigo de consumo de substâncias ilegais, diminuído a participação em atividades com o grupo. Assim, parece ser possível inferir que o programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens” promoveu a construção da relação terapêutica com este participante, o que pode explicar a melhoria nos diferentes domínios da qualidade de vida. Assim, a diminuição dos *scores* dos domínios “Vitalidade” e “Meio Ambiente” parece ser justificado pela falta de motivação, por parte deste participante, para se envolver nas atividades estimuladas pelo Hospital de Dia Jovem, relacionadas com as atividades na

comunidade, como procurar um emprego ou trabalhar. Por outro lado, é de salientar a importância do participante reconhecer o que lhe provoca malefícios, nomeadamente o consumo de substâncias, tentando, por isso, evitar o grupo de amigos que lhe dava acesso às mesmas. Este afastamento do grupo de amigos pode, desta forma, justificar a diminuição do *score* do item “até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais” do domínio “Relações Pessoais” do WHOQOL-BREF.

No que se refere à hipótese 2.2, “O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” melhora a percepção de suporte social de jovens com PP”, também se pode assumir como verdadeira no caso desta amostra, pois com o aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e um maior grau de funcionalidade verificou-se também um aumento do *score* global da ESSS bem como da maioria dos seus domínios, o que indica uma melhoria da percepção de suporte social, verificada nos participantes 2, 4 e 5. Segundo a bibliografia, a percepção e satisfação de suporte social poderá resultar do comportamento de apoio dos outros e das competências e iniciativas do próprio para se relacionar com os outros (Procidano & Heller, 1983). Desta forma, pode-se referir como hipótese explicativa que o aumento do envolvimento em atividades e o desenvolvimento de competências sociais, pode ter levado ao aumento do *score* em todos os participantes que terminaram o plano de intervenção.

É de referir que, num estudo de 2008 (Gregory et al., 2008) cujo objetivo era verificar a eficácia de uma intervenção psicoterapêutica dinâmica individual com indivíduos com coocorrência de PP *Borderline* e perturbação relacionada com o consumo de álcool (n=30), uma das medidas secundárias avaliadas foi a percepção de suporte social através do *Social Provisions Scale*. Na população estudada, os resultados sugeriram uma percepção de suporte social muito prejudicada no pré-teste que, mesmo após a intervenção, e apesar da haver uma melhoria, não apresentou uma diferença significativa (Gregory et al., 2008). Também no caso do programa baseado no “Kit para Jovens”, apesar da maioria dos participantes que terminaram o programa de intervenção demonstrarem melhorias no *score* global da ESSS, esse aumento foi residual.

De realçar que apesar dos resultados no estudo de Gregory (2008) não serem estatisticamente significativos, o aumento reduzido da percepção de suporte social, tendo em conta que esta população com PP *Borderline* e perturbação relacionada com o consumo de álcool apresenta graves alterações ao nível das relações sociais, é um fator positivo justificado, por este investigador, com a criação de uma forte relação terapêutica (Gregory et al., 2008). Por sua vez, no nosso estudo, com a promoção de uma forte relação terapêutica, foi notório o aumento do envolvimento em atividades e ocupações, que aumenta a possibilidade do estabelecimento de relações interpessoais e da criação de redes de suporte social (Forrester-Jones et al., 2012). Assim, na nossa amostra, o reduzido *score* global da ESSS pode ser justificado pelo reduzido aumento da participação em atividades sociais, sendo visível o aumento dos domínios desta escala em cada participante correspondente às

atividades sociais em que cada qual se envolveu. Assim, parece existir evidência para referir que o programa baseado no “Kit para Jovens” promove o aumento da participação em atividades, provocando a melhoria da perceção de suporte social nos domínios envolvidos, confirmando-se a hipótese 2.2.

De modo a perceber as alterações ocorridas ao nível da perceção de suporte social em cada participante, passa-se a analisar, em seguida, as diferenças nos domínios da ESSS.

Em relação ao participante 2, este apresentou um aumento em todos os domínios da perceção do suporte social, excluindo o domínio “Satisfação com a Família” que se manteve num *score* elevado. Esta manutenção do *score* pode ser justificada pela relação que mantinha com os pais, sentindo que estes o apoiavam, mas, ao mesmo tempo, não aceitavam facilmente a sua participação social e a procura de relações de amizade, tentando constantemente fazer parte desse grupo e participar com ele nas atividades. O participante considerava este comportamento uma intromissão que, na sua idade, não era suposto existir “Vou ter que ir com a minha mãe ao festival, não era como planeava, mas ela insistiu muito” (sic). Isto pode justificar a não concretização do objetivo relacionado com o envolvimento numa atividade social que permitisse a criação de redes de suporte social, nomeadamente com amigos. No entanto, mesmo assim foi registado uma melhoria da perceção de suporte social nos domínios “Satisfação com os Amigos” e “Atividades Sociais”. Este facto, segundo os relatos do participante 2, poderá ser justificado devido à melhoria do relacionamento com alguns colegas do Hospital de Dia Jovem, sentindo-se valorizado por estes o convidarem para sair em atividades extra-hospital. Por fim, de salientar a melhoria acentuada da perceção de suporte social no domínio “Intimidade”. Este aumento, segundo a análise dos itens, refletiu uma diminuição dos sentimentos de isolamento por parte deste participante.

No caso do participante 4, este manteve o *score* global da ESSS, no entanto, apresentou um aumento de praticamente todos os domínios. A melhoria da perceção de suporte social nos domínios “Intimidade”, “Satisfação com a Família” e “Atividades Sociais” poderá ser justificado pelo aumento da participação em atividades com a família. Contudo, é de referir, que este participante apresentou uma diminuição acentuada no domínio “Satisfação com os Amigos”, que pode ser justificado pela diminuição do apoio sentido pelo grupo terapêutico após a alta do Hospital de Dia Jovem, que ocorreu durante o programa baseado no “Kit para Jovens”.

O participante 5, de todos os participantes deste estudo, foi o que apresentou o valor mais elevado de perceção de suporte social nos dois diferentes momentos de avaliação (pré e pós-teste). Este valor elevado, no pré-teste, não era esperado pelo grupo de investigação

uma vez que o participante, antes de iniciar o programa de intervenção, como já referido, estava isolado em casa há cerca de seis meses, realizando apenas saídas estritamente necessárias. Analisando os itens de resposta, é possível referir que o participante não apresentava necessidade de interações sociais, pois apesar de estar isolado, segundo as suas respostas à escala, não sentia praticamente falta de outras atividades sociais e estava satisfeito com o tempo que passava com familiares e amigos, apesar de, neste período, ser praticamente nulo. Na nona sessão o participante verbalizou mesmo que ficar isolado era um motivo de grande satisfação para si “Adorei passar a Páscoa sem ninguém em casa, com a casa só para mim.” (sic) e “Gostava de viver sozinho” (sic).

Após a intervenção, o participante 5 melhorou de forma residual - 3% - a sua perceção global de suporte social.

No que concerne aos domínios, é de referir que apesar do participante apresentar uma melhoria de funcionalidade residual, no que se refere ao domínio “Participação” do WHODAS II, apresentou um aumento acentuado de perceção de suporte social no domínio “Atividades Sociais”. Este aumento, segundo a análise item-a-item, pode dever-se ao maior envolvimento em diferentes atividades que implicavam o contacto social, podendo-se mesmo afirmar que este participante não apresenta necessidade para se envolver em mais atividades em grupo, estando satisfeito com o número limitado de atividades atuais. Este resultado também poderá ser justificado pela forma como a pergunta é realizada, referindo exemplos de atividades que não vão ao encontro dos reduzidos interesses deste participante, sendo por si só, os reduzidos interesses uma justificação.

Também ao nível do domínio “Satisfação com a Família” foi registada uma melhoria da perceção de suporte social. Segundo um estudo realizado em Portugal, os familiares são um dos suportes sociais mais importantes na fase de transição para a vida adulta devido à conjuntura económica do país (Oliveira, Mendonça, Coimbra, & Fontaine, 2014). Para além deste apoio instrumental (apoio financeiro), a família também desempenha uma importante função de apoio psicológico que abrange aspetos como a autonomia, a compreensão e a aceitação das circunstâncias da vida dos jovens. Muitas vezes, são os familiares que contribuem na definição de tempo e etapas necessárias para atingir as mudanças (Oliveira et al., 2014). O participante 5 parecia, assim, reconhecer a importância do apoio familiar neste processo de mudança, referindo que estes o apoiam na concretização dos objetivos, bem como o apoiam financeiramente e nas deslocações quando necessário.

Como exceção, é apresentada uma diminuição residual do *score* de perceção de suporte social dos domínios “Satisfação com Amigos” - 4% - e “Intimidade” - 5%. A

diminuição no domínio “Satisfação com Amigos”, segundo a análise dos itens, foi atribuída à insatisfação do participante com o número e tipo de amigos que apresenta. Com efeito ao estar em contacto com estes amigos, o participante 5 voltou a ser incentivado a consumir substâncias ilícitas tendo, depois, na sessão com o investigador, falado no assunto mostrando-se ambivalente relativamente à situação, uma vez que, para conseguir estar com estes amigos sentia necessidade de consumir. O participante relatava que antes de consumir substâncias achava “uma seca...eram apenas pessoas” (sic) e depois “sentia-me suficientemente normal para estar com eles” (sic). Isto pode dever-se ao reconhecimento dos amigos como alguém que trazia para a relação mais aspetos negativos que positivos, tendo, depois da psicoeducação realizada nas sessões de intervenção, apresentado um afastamento dos mesmos. Esta necessidade de um maior número de amigos e de um tipo de amigos diferente, pode ainda ser justificado pela falta de confiança sentida para falar com eles sobre as suas dificuldades e não sentir recetividade para o fazer. Segundo o que o próprio participante 5 relatou durante as sessões: tendo já tido comportamentos de automutilação e de tentativa de suicídio e tendo necessidade de falar sobre isto, as poucas pessoas com quem o fazia eram a mãe e o investigador. Este facto pode também justificar a ligeira diminuição no domínio “Intimidade”, nomeadamente, no item “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”.

No que concerne à hipótese 2.3, “O aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e uma maior funcionalidade, através do programa baseado no “Kit para Jovens” ajuda na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social de jovens com PP”, pode-se assumir como verdadeira para os participantes desta amostra, existindo um aumento do envolvimento em atividades e/ou ocupações e um maior grau de funcionalidade, bem como uma diminuição do *score* nas duas escalas da EAESDIS, indicando diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de desempenho e interação social, para os participantes 2, 4 e 5.

Este resultado positivo vai ao encontro dos resultados obtidos num estudo de 2006, cujo objetivo era comparar a eficácia da terapia dinâmica breve e da terapia cognitivo-comportamental na diminuição da fobia social e do evitamento, em pessoas com diagnóstico de PP Evitante (Emmelkamp et al., 2006). Para isto, cada elemento da amostra frequentou 20 sessões individuais, durante um período de seis meses, com a duração de 45 minutos. As conclusões apontaram para uma melhora significativa nas duas variáveis estudadas, tanto numa intervenção como noutra (Emmelkamp et al., 2006).

Também nos elementos da nossa amostra que concluíram o programa de intervenção, se observa, igualmente, uma diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de interação social. Este facto parece comprovar que a intervenção baseada no “Kit para Jovens”, onde, como já referido, é privilegiado o uso de uma forte aliança terapêutica, tem eficácia na diminuição da ansiedade e do evitamento em situações de interação social de jovens com PP, confirmando assim a hipótese 2.3.

Isto porque, analisando as semelhanças nos dois estudos, é verificada em comum a preconização de uma forte relação terapêutica (Emmelkamp et al., 2006). Em relação à Terapia Cognitivo-Comportamental esta aliança terapêutica deve enfatizar-se numa interação colaborativa entre o cliente e terapeuta em conjunto com técnicas cognitivas e comportamentais, como diálogo socrático, monitorização de crenças, análise de vantagens e desvantagens da intervenção, monitorização e agendamento de atividades, exposições graduadas, experiências comportamentais e *role-plays* (Beck, Davis, & Freeman, 2015). Por sua vez, na terapia Dinâmica Breve a aliança terapêutica deve ter por base que o conflito é inconsciente, podendo ser esclarecido com ajudas técnicas expressivas, como esclarecimento, confrontações e interpretação (Malan, 1995). Também no nosso programa de intervenção, baseado no “Kit para Jovens”, como já referido, observou-se uma evolução ao nível da relação terapêutica, como verificado pelos registos realizados pelo terapeuta de investigação. Mais ainda, segundo a bibliografia, uma vez que a relação terapêutica de

confiança promove o envolvimento do cliente no programas de intervenção e, por sua vez, se o programa se baseia no envolvimento em atividades funcionando como uma exposição *in vivo*, aumenta a probabilidade de diminuir a ansiedade e evitamento nas situações sociais experimentadas (Woody & Adessky, 2002), tal como parece ter acontecido no nosso programa de intervenção.

Por forma a perceber, mais detalhadamente, as alterações ao nível da ansiedade e evitamento em situações de interação social realiza-se, em seguida, uma análise dos valores nos diferentes participantes que concluíram o plano de intervenção (2, 4 e 5).

No participante 2 foi visível uma melhoria comprovada pela diminuição da ansiedade e evitamento em situações de interação social, principalmente relacionadas com o contacto com desconhecidos através de conversas de temas comuns e em situações relacionadas com o trabalho. A primeira situação pode dever-se ao envolvimento deste participante, durante o programa de intervenção, em diferentes atividades que implicavam o contacto com desconhecidos. A segunda situação, pode dever-se ao compromisso que o participante 2 tinha com a intervenção, sendo que quando não cumpria as tarefas tinha de justificar o motivo, sendo dado reforço positivo ou negativo pelo terapeuta sempre que necessário. Assim, para este participante, as sessões também serviram para o treino de situações de confronto em que tem de justificar as suas atitudes, como numa situação de emprego. Estes factos podem, desta forma justificar a diminuição destes *scores*.

Por sua vez, o participante 4 apresentou uma alteração positiva, mas ligeira do seu grau de ansiedade e evitamento, comprovado pela diminuição dos *scores* das duas escalas da EAESDIS. A melhoria registada deve-se à diminuição acentuada da ansiedade e do evitamento em atividades que envolvem interação no trabalho e um ligeiro aumento em atividades que envolvem a interação com estranhos e as interações sociais em locais sobrepovulacionados. Este resultado positivo pode dever-se às relações de interajuda com colegas de trabalho, que o participante referiu serem existentes nas atividades de trabalho em que participou, tornando-se numa atividade prazerosa para este. Segundo a bibliografia, o envolvimento em atividades sociais prazerosas funciona como um mecanismo de reforço à participação, traduzindo-se na diminuição do evitamento e, conseqüentemente, da ansiedade nestas atividades (Gutman & Schindler, 2007). Já no que se refere ao aumento do *score* de ansiedade e evitamento em relação à interação com estranhos e às interações sociais, este pode-se dever, uma vez mais, à tomada de consciência do participante para as suas dificuldades devido ao aumento da participação em atividades, incluindo as atividades sociais.

Já o participante 5 registou a variação mais positiva de ansiedade e evitamento, através da diminuição do *score* da escala EAESDIS. Esta melhoria ocorreu em praticamente todos os itens da escala. O facto do programa de intervenção ter aumentado a participação em diferentes atividades que envolviam o contacto social, eliminando o isolamento do participante e aumentando o seu sentimento de autoeficácia, pode justificar esta melhoria significativa da ansiedade e do evitamento.

Tendo em consideração toda a informação analisada assumem-se como verdadeiras, para os participantes que completaram o programa de intervenção, as três hipóteses do segundo objetivo deste trabalho de investigação.

Por fim, o terceiro objetivo pretendeu “Verificar a percepção de jovens com PP para a adequabilidade do programa baseado no “Kit para Jovens” como processo de intervenção” e para este objetivo geral foi traçado um objetivo específico, (3.1) “Obter informação acerca da satisfação dos participantes com o programa baseado no “Kit para Jovens”, designadamente em relação à duração do programa, frequência das sessões, pertinência e percepção dos temas abordados, no que diz respeito à formulação e cumprimento de objetivos”.

Verifica-se que os participantes que concluíram o estudo (participantes 2, 4 e 5) mostraram satisfação e percepção da utilidade do programa baseado no “Kit para Jovens”, sendo mesmo unânime a opinião de que esta intervenção auxiliou na definição e concretização dos objetivos.

Indiretamente, também a eficiência da intervenção baseada no “Kit para Jovens” pode ser observada pela melhoria ao longo do programa da assiduidade e frequência às sessões, pelo cumprimento dos trabalhos de casa, bem como pela criação de novos objetivos. Todas estas observações constataam que os participantes se envolveram na terapia, perceberam a sua vantagem o que, segundo a bibliografia, diminui o abandono do tratamento (McMurran et al., 2013) e, possivelmente, diminui a prevalência de recaídas e de hospitalizações (Clough & Casey, 2011; Evershed, 2011; Hansen et al., 2002; McMurran et al., 2013; McMurran et al., 2010). Também se verifica uma melhoria ao nível da relação terapêutica com estes participantes, o que justifica a manutenção da motivação e o envolvimento ao longo da terapia (Evershed, 2011, Kielhofner, 2008).

Capítulo V: Conclusões

Com base nos resultados obtidos, e apesar do âmbito das conclusões retiradas ser restrito, é possível dizer que o programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens” permitiu aos participantes aumentar o seu envolvimento em atividades e ocupações, cumprindo total ou parcialmente diferentes objetivos que promovem a transição para a vida adulta. Com este aumento de envolvimento em atividades e ocupações, foi visível a melhoria da perceção de qualidade de vida e de suporte social, bem como a diminuição da ansiedade e evitamento social. Assim, verificamos todas as hipóteses estabelecidas no início deste estudo, bem como se confirma a adequabilidade do programa “Kit para Jovens” ao processo de intervenção com jovens com PP desta amostra.

Estes resultados favoráveis parecem ter resultado de uma forte relação terapêutica promovida pela forma como o programa baseado no “Kit para Jovens” estava delineado, nomeadamente, a preconização de uma intervenção personalizada para cada participante, tendo em consideração a sua condição clínica, o meio e as suas características individuais. Paralelamente, o facto de através deste programa os participantes terem aumentado o envolvimento em ocupações significativas e mobilizado competências metacognitivas, permitiu adquirir uma maior autoconsciência das suas capacidades e, conseqüentemente, possibilitou a redefinição de objetivos num sentido mais realista. Outro aspeto a salientar é o facto do programa ser indicado para uma fase precoce da psicopatologia, sendo a intervenção neste estágio um fator preditor para melhorias significativas no funcionamento social.

De acordo com os resultados positivos referidos, é possível constatar a importância da intervenção da TO na pessoa com PP, na fase de transição da adolescência para a vida adulta. A TO, através do seu conhecimento sobre a análise da atividade e a avaliação da volição do participante, conseguiu estimular alguns dos processos de (re)adaptação ocupacional, de forma a promover esta transição. Entre esses processos, é de referir, a “exploração” de novas atividades, a promoção do conhecimento sobre as suas competências e preferências, bem como a modificação de papéis que, possivelmente, ocorreu devido à criação de um contexto securizante durante as sessões. Para além disto, existiu também a promoção da “competência” para a criação de novos hábitos e alguma “conquista”, com a reformulação de hábitos e rotinas e obtenção de novas ocupações.

Em seguida, referem-se algumas das limitações metodológicas associadas a esta investigação e enumeram-se algumas sugestões de melhoria.

Primeiramente, o presente estudo apresenta como limitação a impossibilidade de fazer a generalização dos resultados para a população de pessoas com PP. Por um lado, as próprias circunstâncias do desenho de estudo escolhido, apesar de adequadas a uma natureza mais exploratória como a que caracteriza esta investigação, não permitem comparações entre sujeitos expostos e não-expostos à condição aplicada, por não possuir um grupo de controlo. Por outro lado, a amostra obtida não é representativa da população de onde foi retirada, quer pelo seu reduzido número, apenas seis participantes, quer pela sua seleção, tendo sido obtida por conveniência em apenas uma instituição da cidade do Porto e limitando-se aos jovens com as características pretendidas existentes no CHSJ-CPSM na altura do estudo.

Em segundo lugar, apesar dos resultados positivos, as mudanças ao nível da interação e participação em atividades podiam ter sido mais significativas se o desenho de estudo escolhido favorecesse uma terapia mais incisiva, no sentido de ocorrer de forma mais frequente. Por exemplo, a frequência inicial podia ser de duas vezes por semana, bem como devia permanecer assim durante um período mais longo, de forma a potenciar a obtenção de melhores resultados no mesmo período de intervenção (seis meses). Isto, porque se verificou, inicialmente, alguma demora na adaptação e no começar a beneficiar efetivamente do tratamento. A importância de aumentar a frequência das sessões foi visível, principalmente, quando se espaçaram as sessões para uma frequência quinzenal e os participantes revelaram dificuldades na organização do horário, de forma a cumprir as tarefas, sendo mesmo necessário estabelecer a estratégia de marcar a realização dos trabalhos de casa em dias fixos. Por outro lado, uma terapia mais incisiva poderia também promover o processo de mudança, através da diminuição dos comportamentos de evitamento, como a fuga às situações que provocam maior angústia. A diminuição destes comportamentos, possivelmente, implicaria um aumento do envolvimento em atividades sociais e, consequentemente, melhoria da perceção de suporte social. De salientar ainda que o aumento do envolvimento em ocupações poderia ser facilitado com o envolvimento dos familiares na intervenção. Algumas famílias demonstraram, segundo relatos dos participantes, dificuldades em perceber os seus sintomas psicopatológicos e as necessidades ocupacionais desta fase de transição. Desta forma, teria sido útil sessões de psicoeducação para os familiares.

No que se refere à utilização de um programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens” para pessoas com PP, foi possível detetar, no decorrer das sessões, algumas limitações para uma efetiva intervenção com estes participantes. Assim, quanto ao manual em si, foi identificado como de grande utilidade o estabelecimento de trabalhos de casa, conforme os objetivos intrínsecos e informações recolhidas ao longo do preenchimento do

Kit, para se poderem verificar alterações positivas. De referir que o *Kit* é um manual para o cliente, com o objetivo de o auxiliar durante a transição da adolescência para a idade adulta, através da promoção de uma organização da informação, definição de metas e autogestão, sendo que o seu preenchimento deve ser realizado com o apoio do terapeuta. No entanto, na perspetiva da equipa de investigação deste estudo, com o preenchimento do *Kit*, estes participantes não conseguem iniciar, autonomamente, um plano de cumprimento de objetivos.

Por outro lado, ao longo da intervenção, conseguiram-se identificar dificuldades na iniciação de relacionamentos afetivos, tanto por excesso (procura constante de relacionamentos íntimos) como por defeito (ausência de procura de relacionamentos), confirmadas pelos participantes nos questionários que abordavam este assunto. O *Kit* também não abrange esta problemática, pelo que seria importante reformular os módulos “Atividades Organizadas”, incluindo diferentes exemplos de atividades para esta etapa de transição e questionários sobre as possíveis dificuldades na participação. Também o módulo “Informação Social” deveria incluir questionários sobre a rede de suporte e em que situações poderia contar com cada pessoa, bem como as possíveis dificuldades na interação.

De evidenciar também que o “*Kit para Jovens*” está indicado para crianças e jovens entre 15 e 21 anos. No entanto, verificou-se que este instrumento tem potencialidades para ir ao encontro da maioria das necessidades dos jovens portugueses, abrangendo sobretudo as microtransições realizadas durante a coresidência com os cuidadores e antes de uma vida conjugal e parental. Se, no caso da maioria dos jovens portugueses, devido à conjuntura socioeconómica do país, ao acesso ao ensino superior e aos trabalhos precários, se assiste a um prolongamento do processo de transição para a vida adulta, na amostra deste estudo esse prolongamento é ainda mais evidente, abrangendo jovens que apresentam uma fase de transição mais avançada mas que continuam a necessitar de um grande suporte, para melhor explorar as suas hipóteses de escolha ao nível da gestão financeira e na aquisição de novos papéis, como os parentais. Assim, para o programa baseado no “*Kit para Jovens*”, mais do que selecionar os clientes com base na sua idade, deveriam ser considerados para esta intervenção o nível de transição para a vida adulta em que o jovem se encontra.

Ao longo deste estudo também se constatou que seria interessante criar um *Kit* para o profissional (p.e. terapeuta ocupacional) que se interligasse com o “*Kit para Jovens*”. Este manual deveria incluir sessões de intervenção com a rede de suporte social dos participantes (família, amigos, colegas...), possíveis adaptações ambientais nos contextos do participante

(reuniões com os professores, entidade patronal...) e sessões de educação terapêutica sobre a psicopatologia e os benefícios da ocupação, equilíbrio ocupacional e/ou estilos de vida.

Em seguida, apresentamos algumas sugestões a ter em conta para estudos futuros.

Uma dessas sugestões vai ao encontro da amostra, que devia ser de maiores dimensões e selecionada de diversas instituições, permitindo a generalização. Uma amostra deste tipo iria permitir a realização de um estudo clínico randomizado, de forma a perceber se o programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens” apresenta mais efeitos ao nível do envolvimento em ocupações em jovens com PP do que outras intervenções da TO, normalmente desenvolvidas nos serviços de psiquiatria.

Mais ainda, uma vez que para se considerar um tratamento como efetivo, é necessário que este seja robusto nos seus efeitos sobre os sintomas centrais da PP e sobre a adaptação social a longo prazo, seria igualmente interessante, em estudos futuros, incluir no desenho de estudo uma avaliação *follow-up*, de forma a verificar se as alterações adquiridas se mantinham, se existia a conclusão dos objetivos *em andamento* no final do programa, e sinalizar as possíveis recaídas.

Apesar das limitações referidas, este estudo mostrou que a utilização de um programa de intervenção baseado no “Kit para Jovens” pode ser uma mais-valia aquando do desenvolvimento de competências em pessoas com PP. Para a TO, este protocolo pode ser uma importante ferramenta, pois permite mais facilmente realizar uma abordagem centrada no cliente e na sua funcionalidade. Por um lado, é o participante que decide, após o preenchimento do módulo “Planeando o meu Futuro”, o seguimento da intervenção, especificamente, quais os módulos e objetivos a concretizar primeiro. Por outro lado, possibilita ao terapeuta, após a avaliação inicial, a aquisição de conhecimento sobre a volição do cliente, sendo mais fácil a transmissão de estratégias que o ajudem a colmatar as suas dificuldades de funcionalidade. Com o fornecimento de estratégias e a graduação das atividades, o participante aumenta o sentido de autoeficácia e percebe o terapeuta como um aliado, permitindo a construção de uma relação terapêutica de confiança.

Mais ainda, esta intervenção baseada no “Kit para Jovens” promoveu a reinserção dos jovens com PP desta amostra na sociedade de uma forma graduada, o que pode diminuir a possibilidade de recaídas. Assim, este programa poderia ser uma mais valia quando utilizado em coocorrência com a intervenção psicoterapêutica comum do Hospital de Dia Jovem, promovendo o aumento gradual de atividades na comunidade. No pós-alta hospitalar, seria dada continuidade à intervenção através da monitorização do processo de recuperação até à readaptação ocupacional, evidenciada através de uma rotina estruturada. Esta área,

segundo o que a equipa de investigação observou, parece ser uma necessidade atual do serviço de psiquiatria onde foi realizada a implementação deste programa baseado no “Kit para Jovens”. Para a intervenção da TO, este programa promoveria o alcance do seu objetivo central, preconizado pelos diferentes modelos que regem a sua intervenção – promover a saúde e a participação ao longo da vida dos seus clientes através do envolvimento em ocupações significativas no seu contexto, alcançando o equilíbrio ocupacional.

Concluindo, parece que os resultados obtidos suportam a viabilidade e eficácia do programa baseado no “Kit para Jovens” para esta amostra todavia, destaca-se a necessidade de novas pesquisas de forma a verificar a viabilidade e eficácia desta intervenção para a população com PP durante a transição da adolescência para a vida adulta.

Bibliografia

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33.
- Adshead, G., Brodrick, P., Preston, J., & Deshpande, M. (2012). Personality disorder in adolescence. In (Vol. 18, pp. 109 - 118): *Advances in psychiatric treatment*.
- Almeida, J. M. C., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., . . . Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental 1º relatório. In: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa,.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19.
- American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*: Guilford Publications.
- Bee, H. L. (1994). *Lifespan development*: HarperCollins College Publishers.
- Belli, H., Ural, C., & Akbudak, M. (2012). Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment. *Journal of clinical medicine research*, 4(5), 301.
- Benjamin, L. S., & Karpiak, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 487.
- Brown, B. B. (2011). Popularity in peer group perspective. *Popularity in the peer system*, 165-192.
- Cadete, M. A. d. S. (2010). Estudo de avaliação da qualidade de vida após o tratamento do cancro da mama.
- CAOT, C. A. o. O. T. C. t. H. S. D. (1983). Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Ottawa: Minister of Supply and Services Canada*.
- Castro, S. S., Leite, C. F., Osterbrock, C., Santos, M. T., & Adery, R. (2015). Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). *Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro*.
- Chapman, J., & Fleisher, C. (2017). Personality Disorder, Borderline.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30.
- Clifton, A., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2009). Personality disorder in social networks: Network position as a marker of interpersonal dysfunction. *Social networks*, 31(1), 26-32.
- Clough, B. A., & Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to increase adherence to therapy: a review. *Clinical psychology review*, 31(5), 697-710.
- Collins, W. A. (1990). Parent-child relationships in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect, and cognition.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184.
- Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., First, M. B., Gordon, K., & Brook, J. S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 30-52.
- Creswell, J. W. (2011). Controversies in mixed methods research. *The Sage handbook of qualitative research*, 4, 269-284.
- Daremo, Å. (2010). Participation in occupational therapy in psychiatric care.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480.
- Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A., & Carcione, A. (2013). Investigating the personality disorder psychotherapy process: the roles of symptoms, quality of affects, emotional dysregulation, interpersonal processes, and mentalizing. In: Taylor & Francis.

- Divac Jovanovic, M., & Svrakic, D. (2017). Integrative treatment of personality disorder. Part I: Psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 2-13.
- Dixon-Gordon, K. L., Whalen, D. J., Layden, B. K., & Chapman, A. L. (2015). A systematic review of personality disorders and health outcomes. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 168.
- Drago, A., Marogna, C., & Sogaard, H. J. (2016). A Review of Characteristics and Treatments of the Avoidant Personality Disorder. Could the DBT be an Option. *Int J Psychol Psychoanal*, 2, 013.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 1-14.
- Eklund, M., & Leufstadius, C. (2007). Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 303-313.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy.
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & Van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731-745.
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 515-528.
- Evershed, S. (2011). Treatment of personality disorder: skills-based therapies. *Advances in psychiatric treatment*, 17(3), 206-213.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I—Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.
- Ferreira, P. (2000b-a). Testes de Validação. Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. (2000b-b). Testes de Validação. Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.
- Ficks, C. A., & Waldman, I. D. (2014). Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behavior genetics*, 44(5), 427-444.
- Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Coolen-Schrijner, P., Cambridge, P., Tate, A., Hallam, A., . . . Wooff, D. (2012). Good friends are hard to find? The social networks of people with mental illness 12 years after deinstitutionalisation. *Journal of mental health*, 21(1), 4-14.
- Freeman, M., Stewart, D., Shimmell, L., Missiuna, C., Burke-Gaffney, J., Jaffer, S., & Law, M. (2015). Development and evaluation of The KIT: Keeping It Together™ for Youth (the 'Youth KIT') to assist youth with disabilities in managing information. *Child: care, health and development*, 41(2), 222-229.
- Gable, S. L. (2006). Approach and avoidance social motives and goals. *Journal of personality*, 74(1), 175-222.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. In (Vol. World Psychiatry, pp. 231-233).
- Gallagher, M., Muldoon, O. T., & Pettigrew, J. (2015). An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in psychology*, 6, 1281.
- Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports*, 120(3), 503-519.
- Golimbet, V. E., Alfimova, M. V., Shcherbatikh, T., Kaleda, V. G., Abramova, L. I., & Rogaev, E. I. (2003). Serotonin transporter gene polymorphism and schizoid personality traits in patients with psychosis and psychiatrically well subjects. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 4(1), 25-29.
- Gorter, J. W., Stewart, D., Cohen, E., Hlyva, O., Morrison, A., Galuppi, B., . . . Punthakee, Z. (2015). Are two youth-focused interventions sufficient to empower youth with chronic health conditions in their transition to adult healthcare: a mixed-methods longitudinal prospective cohort study. *BMJ open*, 5(5), e007553.
- Gregory, R. J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 28.

- Gullestad, F. S., Wilberg, T., Klungsøyr, O., Johansen, M. S., Urnes, Ø., & Karterud, S. (2012). Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22(4), 426-441.
- Gutman, S. A., & Schindler, V. P. (2007). The neurological basis of occupation. *Occupational therapy international*, 14(2), 71-85.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343.
- Harter, S. (2015). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*: Guilford Publications.
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Möller, H.-J., & Disorders, W. T. F. o. P. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(4), 212-244.
- Horne, J., Corr, S., & Earle, S. (2005). Becoming a mother: Occupational change in first time motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 176-183.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . van der Meer, J. W. M. (2011). How should we define health? *BMJ: British Medical Journal*, 343.
- Joyce, P. R., Rogers, G. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., Luty, S. E., & Kennedy, M. A. (2003). Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry research*, 119(1), 1-10.
- Juan, H. G., & Swinth, Y. (2010). As students become adults: The role of occupational therapy in the transition process. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 3(3), 255-267.
- Jylhä, P., Ketokivi, M., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., . . . Isometsä, E. (2013). Temperament, character and personality disorders. *European Psychiatry*, 28(8), 483-491.
- Kaplan, R. M. (1991). Health-related quality of life in patient decision making. *Journal of Social Issues*, 47(4), 69-90.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., . . . Tørum, E. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243-262.
- Keller, T. E., Cusick, G. R., & Courtney, M. E. (2007). Approaching the transition to adulthood: Distinctive profiles of adolescents aging out of the child welfare system. *Social Service Review*, 81(3), 453-484.
- Kennedy, A., Sloman, F., Douglass, J. A., & Sawyer, S. M. (2007). Young people with chronic illness: the approach to transition. *Internal medicine journal*, 37(8), 555-560.
- Kessler, R., Berglund, P. A., Walters, E. E., Leaf, P. J., Kousis, A. C., & Bruce, M. L. (1998). A methodology for estimating the 12-month prevalence of serious mental illness in Mental Health, United States, 1998. *Center for Mental Health Services, Manderscheid RW and Henderson MJ, editors. DHHS Pub. No.(SMA)*, 99-3285.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In (Vol. 62, pp. 593-602): Arch Gen Psychiatry.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale: définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375-386.
- Larson, M. (2009). Supporting transition to adulthood among youth with mental health needs: Action steps for policymakers. *National Collaborative on Workforce & Disability for Youth Policy Brief*, 2, 1-10.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American journal of occupational therapy*, 56(6), 640-649.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian journal of occupational therapy*, 62(5), 250-257.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91.
- Levesque, R. J. R. (1993). The romantic experience of adolescents in satisfying love relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(3), 219-251.
- Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W. (2016). Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience bulletin*, 32(3), 286-306.
- Malan, D. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*: CRC Press.

- Manen, J. G., Andrea, H., van den Eijnden, E., Meerman, A. M. M. A., Thunnissen, M. M., Hamers, E. F. M., . . . Busschbach, J. J. V. (2011). Relationship between patient characteristics and treatment allocation for patients with personality disorders. *Journal of personality disorders*, 25(5), 656-667.
- Marques, A., & Trigueiro, M. J. (2011). *Enquadramento da prática da terapia ocupacional*. Porto: Livpsic.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. In: American Psychological Association.
- Marçal, J. F. d. J. M. (2016). Vinculação, ansiedade social e crenças sociais nos jovens adultos.
- Mattar, F. (1996). Pesquisa de marketing. In: Ed. Atlas.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- McMurran, M., Cox, W. M., Whitham, D., & Hedges, L. (2013). The addition of a goal-based motivational interview to treatment as usual to enhance engagement and reduce dropouts in a personality disorder treatment service: results of a feasibility study for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 50.
- McMurran, M., Crawford, M. J., Reilly, J., Delpoit, J., McCrone, P., Whitham, D., . . . Day, F. (2016). Psychoeducation with problem-solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manualised intervention to improve social functioning. In (Vol. 20): Health technology assessment.
- McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287.
- Mee, J., Sumsion, T., & Craik, C. (2004). Mental health clients confirm the value of occupation in building competence and self-identity. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 225-233.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1051.
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical psychology: science and practice*, 13(4), 346-365.
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BMC psychiatry*, 5(1), 10.
- Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric genetics*, 17(3), 153-157.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard review of psychiatry*, 13(2), 57-70.
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: American Psychological Association.
- Oliveira, J. E., Mendonça, M., Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (2014). Family support in the transition to adulthood in Portugal—Its effects on identity capital development, uncertainty management and psychological well-being. *Journal of adolescence*, 37(8), 1449-1462.
- OMS, W. H. O. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.
- Parekh, R. (2016). What are Personality Disorders?
- Paul-Ward, A., Lambdin-Pattavina, C., & Haskell, A. (2014). Occupational therapy's emerging role with transitioning adolescents in foster care. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30(2), 162-177.
- Peris, T. S., & Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(6), 863-873.
- Personality Disorder Integrated Care Pathway (PD-ICP) - 6: Psychosocial Interventions. (2015). In: NHS Highland.
- Pickard, H. (2015). Choice, deliberation, violence: Mental capacity and criminal responsibility in personality disorder. *International journal of law and psychiatry*, 40, 15-24.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & do Céu Salvador, M. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(03), 291-311.
- Pires, D., Pereira, M., Paiva, S., & Silva, C. F. (2017). Intervenção Psicológica em Perturbações de Personalidade. In (Pactor ed.).
- Pridmore, S. (2010). Assessing personality: a guide for students. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 18(1).
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American journal of community psychology*, 11(1), 1-24.

- Przeworski, A., Zoellner, L. A., Franklin, M. E., Garcia, A., Freeman, J., March, J. S., & Foa, E. B. (2012). Maternal and child expressed emotion as predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 337-353.
- Rebeiro, K. L., Day, D. G., Semeniuk, B., O'Brien, M. C., & Wilson, B. (2001). Northern initiative for social action: an occupation-based mental health program. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(5), 493-500.
- Reiss, J. (2012). Health care transition for emerging adults with chronic health conditions and disabilities. *Pediatric annals*, 41(10), 429-435.
- Reitz, A. K., Zimmermann, J., Hutteman, R., Specht, J., & Neyer, F. J. (2014). How peers make a difference: The role of peer groups and peer relationships in personality development. *European Journal of Personality*, 28(3), 279-288.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.
- Ribeiro, S. M. d. S. (2010). Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. In: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
- Ripoll, L. H. (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 213.
- Roley, S. S., Barrows, C. J., Susan Brownrigg Otr, L., Sava, D. I., Vibeke Talley Otr, L., Kristi Voelkerding, B. S., . . . Sarah King Mot, O. T. R. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain & process 2nd edition. *The American journal of occupational therapy*, 62(6), 625.
- Ruocco, A. C., Lam, J., & McMain, S. F. (2014). Subjective cognitive complaints and functional disability in patients with borderline personality disorder and their nonaffected first-degree relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(6), 335-344.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(4), 13.
- Savin-Williams, R. C., & Berndt, T. J. (1990). Friendship and peer relations.
- Saxena, S., & Setoya, Y. (2014). World Health Organization's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. In (Vol. 68, pp. 585-586): Psychiatry and Clinical Neurosciences.
- Schiffman, L., & Kanuk, L. (2000). Comportamento do consumidor. In (6 ed.).
- Schneider, K. (1923). Die Daseinsweisen der Hysterie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 82(1), 275-278.
- Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Ravert, R. D., Luyckx, K., & Zamboanga, B. L. (2013). Identity development, personality, and well-being in adolescence and emerging adulthood: Theory, research, and recent advances.
- Shaw, L., & Rudman, D. L. (2009). Using occupational science to study occupational transitions in the realm of work: From micro to macro levels. *Work*, 32(4), 361-364.
- Shinohara, K., Yamada, T., Kobayashi, N., & Forsyth, K. (2012). The model of human occupation-based intervention for patients with stroke: A randomised trial. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 22(2), 60-69.
- Silva, C. D. d. S. (2011). Dor músculo-esquelética lombar e do membro inferior e funcionalidade.
- Sjonnesen, K., Bulloch, A. G. M., Williams, J., Lavorato, D., & B. Patten, S. (2016). Characterization of Disability in Canadians with Mental Disorders Using an Abbreviated Version of a DSM-5 Emerging Measure: The 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 227-235.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., . . . Morey, L. C. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., . . . Grilo, C. M. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1919-1925.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of personality disorders*, 22(3), 259-268.
- Sotsky, S. M., & Glass, D. R. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American journal of psychiatry*, 148(8), 997.
- Stewart, D. (2008). Youth KIT. In.
- Stone, M. H. (2007). *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*: American Psychiatric Pub.

- Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health education quarterly*, 13(1), 73-92.
- Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L., & Jormfeldt, H. (2014). A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic journal of psychiatry*, 68(6), 401-408.
- Tan, Y., Liu, Y., & Wu, L. (2016). Screening results correlating to personality disorder traits in a new employee population of People's Republic of China. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.
- Theodosi, E., & McMurran, M. (2006). Motivating convicted sex offenders into treatment: A pilot study. *The British Journal of Forensic Practice*, 8(3), 28-35.
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. In (pp. 717-726): *The Lancet*.
- Utredningar, S. O. (2006). Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder [Ambition and responsibility: A national strategy for the development of society's support for the mentally ill and mentally disabled]. In. van Manen, J. G., Andrea, H., van den Eijnden, E., Meerman, A. M. M. A., Thunnissen, M. M., Hamers, E. F. M., . . . Busschbach, J. J. V. (2011). Relationship between patient characteristics and treatment allocation for patients with personality disorders. *Journal of personality disorders*, 25(5), 656-667.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal*.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. In (1 ed., Vol. 27, pp. 41-49).
- Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 395-411.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 18(3), 29.
- Whalley Hammell, K. R. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(3), 174-181.
- Wilcock, A. (1993). A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17-24.
- Wilcock, A. A. (1998). *An Occupational Perspective of Health*.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*: Slack Incorporated.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104.
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 33(1), 5-27.
- World Health, O. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996.
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., & Simms, L. J. (2015). Daily interpersonal and affective dynamics in personality disorder. *Journal of personality disorders*, 29(4), 503-525.
- Yilmaz, A., Cumurcu, B. E., Etikan, I., Hasbek, E., & Doruk, S. (2014). The effect of personality disorders on asthma severity and quality of life. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 13(1), 47-54.
- Yin, R. K. (2011). *Applications of case study research*: Sage.
- Zajac, K., Sheidow, A. J., & Davis, M. (2015). Juvenile justice, mental health, and the transition to adulthood: a review of service system involvement and unmet needs in the US. *Children and youth services review*, 56, 139-148.
- Zarrett, N., & Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Student Leadership*, 2006(111), 13-28.